

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus, na UBS Boa Fé, Altos/PI**

Reinel Nunez Martinez

Pelotas, 2015

Reinel Nunez Martinez

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus, na UBS Boa Fé, Altos/PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Daniela Nunes Cruz

Co- orientadora: Thaiane Santos Vieira

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

M385m Martinez, Reinel Nunnez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Boa Fé, Altos/PI / Reinel Nunnez Martinez; Daniela Nunes Cruz, orientador(a); Thaiane Santos Viera, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Cruz, Daniela Nunes, orient. II. Viera, Thaiane Santos, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A todas as pessoas que nos ajudaram para que o projeto fosse possível, a minha orientadora Daniela Nunes Cruz, a minha equipe de trabalho que sempre esteve disposta a levar o trabalho adiante e a minha família que sempre me apoia na realização dos meus sonhos.

Resumo

MARTINEZ, Reinel Nunez. **Melhoria da qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, na UBS Boa Fé, Altos/PI.** 2015. 89fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial e a diabetes mellitus vem atingindo cada vez mais um número maior de indivíduos, sendo tais doenças consideradas atualmente como uns dois maiores problemas de saúde pública no Brasil. Para garantir atenção integral à saúde, foi criado em 1994, o Programa de Saúde da Família que priorizou ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. O presente trabalho tem como objetivo melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS Boa Fé, Alto/PI. Este projeto foi pensado e construído em conjunto com a equipe atuante na Unidade de Saúde. A intervenção foi baseada nos quatro eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Ocorreu entre os meses de abril e junho de 2015, atingindo os seguintes resultados: Em relação a cobertura do programa atingimos 75,1% de hipertensos e 48,6% de diabéticos. Realizamos exame clínico em 83,4% hipertensos e 92,5% diabéticos cadastrados. A avaliação odontológica ocorreu para 41,8% hipertensos e 44,8% diabéticos. Mais de 90% dos hipertensos e diabéticos receberam orientações de promoção a saúde, tais como, orientação nutricional, prática de atividade física, riscos do tabagismo e cuidados a saúde bucal, revelando uma preocupação da equipe com as ações de promoção a saúde e prevenção de agravos. A intervenção trouxe melhorias para a equipe, pois os profissionais receberam capacitações para ampliar o conhecimento sobre essas patologias e formas de cuidado. A comunidade também foi beneficiada, pois o serviço ficou mais organizado em relação aos atendimentos dos hipertensos e diabéticos, bem como, os registros realizados pela equipe.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	56
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	56
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	57
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	58
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	59
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	59
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	60
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	61
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	62
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	62
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	63
Figura 12	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.	64
Figura 13	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	65
Figura 14	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	65
Figura 15	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	66
Figura 16	Proporção de diabéticos com estratificação de risco Cardiovascular por exame clínico em dia.	67
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação nutricional	68

	sobre alimentação saudável.	
Figura 18	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	68
Figura 19	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular	69
Figura 20	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	70
Figura 21	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	71
Figura 22	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	71
Figura 23	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.	72
Figura 24	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.	73

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica.

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo geral.....	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	39
2.3.3 Logística.....	46
2.3.4 Cronograma	48
3 Relatório da Intervenção.....	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	52
4 Avaliação da intervenção.....	54
4.1 Resultados	54
4.2 Discussão.....	73
5 Relatório da intervenção para gestores	76
6 Relatórios da Intervenção para a comunidade	79
7 Reflexões crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	82
Referências	84
Anexos	85

Apresentação

O presente volume descreve uma intervenção em saúde realizada para a melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da área de abrangência da UBS Boa Fé, localizada no município de Altos, estado Piauí.

Apresenta, no primeiro capítulo, a descrição da Análise Situacional realizada na unidade de saúde referida acima, bem como informações pertencentes ao município ao qual a unidade de saúde está inserida. Foram analisadas questões como estrutura física, processo de trabalho da equipe e população da área de abrangência da UBS.

No segundo capítulo está descrito a Análise Estratégica - ou seja - o projeto de intervenção contendo justificativa, objetivos, metas, detalhamento das ações, indicadores, logística e cronograma.

O terceiro capítulo apresenta o Relatório da Intervenção realizada durante 16 semanas, no qual consta a descrição das facilidades e dificuldades encontradas para a realização das ações do projeto, análise dos indicadores e viabilidade de inserção desta ação programática na rotina do serviço.

No quarto capítulo encontra-se a Avaliação dos Resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde e uma descrição quantitativa e qualitativa dos dados encontrados.

No quinto capítulo consta uma Reflexão Crítica Sobre o Meu Processo Pessoal de Aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Ao termino do volume final, consta as referências, anexos e os apêndices, ou seja, os instrumentos utilizados durante a realização do trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha Unidade de saúde encontra-se no bairro Boa Fé, município Altos, no estado do Piauí, é um projeto de saúde da comunidade que começou seu funcionamento há 15 anos. Inicialmente apresentou muitos problemas de organização em relação à estrutura de trabalho, não se identificavam os problemas de saúde, não sendo assim, possível atuar sobre eles. Com passar dos anos isso tem melhorado, mais ainda há muitas dificuldades em relação à estrutura da Unidade de Saúde que é muito precária, não tem boas condições do trabalho, o consultório médico tem pouca iluminação, a sala de espera dos usuários tem poucas cadeiras, o consultório de enfermagem não tem privacidade e ventilação.

A equipe é composta com uma enfermeira, uma odontóloga, uma secretária, um médico e seis Agentes Comunitário de Saúde (ACS). Apesar das limitações, existe boa relação entre equipe de saúde e comunidade, mas pode melhorar ainda mais.

A proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como objetivo a analisar a situação de saúde da população, organizar práticas adequadas para enfrentar os problemas existentes mediante ações de promoção e prevenção de doenças. Para desenvolver essas ações é importante ter uma equipe multiprofissional com a participação do médico, enfermeira, dentista, ACS com o objetivo de melhorar o atendimento de forma contínua e com qualidade para a população, fazendo uma seleção das famílias com mais vulnerabilidade. Contudo, nem sempre é possível atuar desta forma, ficando a família mais exposta a fatores de risco que tem incidência negativa na comunidade.

Do período de implantação da ESF até os dias de hoje observamos importantes conquistas como a inclusão de ACS na equipe que possibilitam

desenvolver um planejamento local e territorial, a renovação do papel do enfermeiro por meio da ampliação de atendimento clínico e valorização do trabalho multidisciplinar da equipe. Agora temos uma melhor cobertura de casos prioritários como gestantes, diabéticos, hipertensos, crianças menores de dois anos, idosos, tuberculose, hanseníase. O impacto maior tem sido na diminuição da mortalidade infantil. Temos dificuldade com apoio do governo local em relação a solução de problemas da comunidade que apesar de estar trabalhando tem muito o que fazer ainda.

Oferecemos atendimento básico de saúde à criança com vigilância nutricional e acompanhamento do crescimento e do aleitamento materno, prevenção das patologias bucais e realização de esquema vacinal em crianças e gestantes. Em relação à saúde da mulher temos assistência pré-natal e classificação de riscos gestacionais na primeira consulta, palestras educativas de promoção da saúde, planejamento familiar com orientação em relação a métodos anticonceptivos e prevenção de câncer de colo uterino.

Devemos conhecer melhor as condições de vida e trabalho dos diversos grupos da população, precisamos saber estabelecer relações entre essas condições de vida e trabalho, determinando uma boa comunicação com a sociedade, e por outro lado, com determinações mais específicas próprias dos indivíduos. Devemos também definir, implementar e avaliar políticas e programas que pretendam interferir nessas determinações, temos que fazer com que a sociedade se conscientize dos problemas de saúde que lhe acometem, buscando obter o apoio necessário a implementação de intervenções, com metas de redução das taxas de morbidade e mortalidade que passam a ser acompanhadas pela busca de criação de condições sociais que assegurem uma boa saúde para toda a comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Alto se estende por 957,7Km quadrados e conta com 39.975 habitantes, a densidade é de 41,5 habitantes por Km². Vizinho dos municípios Campo Maior Beneditino e José de Freitas, Alto se situa a 38km de Teresina, a maior cidade nos arredores. O comércio é a principal atividade da cidade.

Tem um sistema de saúde composto por uma secretaria de saúde, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nove ESF. Não há uma adequada disponibilidade de atenção especializada, só constamos com um psiquiatra que atende no CAPS de 15 em 15 dias, um psicólogo e um oftalmologista que prestam serviço um dia da semana. Não constamos com outras especialidades, cada UBS tem um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) onde oferecem atenção a população, prestando atendimento todos os dias da semana.

Tem um hospital em reforma próximo a inaugurar no mês de setembro de 2015, existe um laboratório clínico na secretaria de saúde que funciona todos os dias da semana onde se fazem exames de hemograma completo, colesterol, triglicérides, glicemia, TGP, TGO, HIV, VDRL, fezes, urina, estudo da tireoide T3, T4, TSH. Mas ainda temos muitas dificuldades em relação aos exames solicitados, pois nem sempre a população tem acesso, já que muitas vezes são disponibilizados em instituições privadas. O município disponibiliza também de uma equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e duas clínicas privadas.

A UBS encontra-se localizada na área urbana, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), os usuários são atendidos através de encaminhamentos as diferentes especialidades, cada usuário tem seu cartão do SUS. Existe vínculo entre a UBS e instituições de ensino, as escolas municipais “Chapeuzinho Vermelho” e “Pinóquio”, também o ginásio municipal Antônio Inácio de Oliveira sendo três as instituições que realizam atividades de promoção e prevenção de saúde. O modelo de atenção é ESF, contamos apenas com uma equipe de saúde composta por um médico, um enfermeiro, um dentista, uma técnica de consultório dental, seis agentes de saúde e uma secretaria.

Em relação à estrutura física, o consultório médico tem sanitário, mas o consultório odontológico não. Temos uma sala de vacina com pouca iluminação, não tem sala de curativos e nem farmácia. Tem uma cozinha pequena, mas não tem depósito para material de limpeza, dispomos de uma de recepção, sala de lavagem e descontaminação de material, não tem esterilização, mas tem depósito para lixo não contaminado.

Não temos sala para ACS, eles têm que fazer reuniões na biblioteca pública. Os ambientes da UBS que têm janelas e ventilação e que possibilita a circulação de ar são o consultório médico, a sala de espera dos usuarios e a cozinha. Nenhuma

parede interna da UBS é lavável, os pisos todos são laváveis mais não tem superfície lisa. A cobertura de proteção, o telhado e as portas não são revestidas de material lavável, as janelas são de ferro e vidro e não tem telas de mosquitoireiro. Os lavatórios, sala de vacina, consultório médico e odontológico tem torneiras. A sala de vacina tem boa localização. O lixo contaminado é recolhido pela prefeitura três vezes na semana, mas não é de forma classificada. Apesar das deficiências sinalizadas, a prefeitura está fazendo uma nova UBS que está prevista para ser inaugurada em setembro 2015, onde os problemas anteriores apresentados serão solucionados.

Em relação à população da área adstrita temos uma população de 2.400 habitantes destes, 1.109 homens e 1.291 mulheres, o tamanho do serviço não é adequado para o tamanho da área adstrita. A UBS está funcionando há 16 meses oferecendo dois turnos de atendimento pela manhã e a tarde, tem uma área de atendimento bem definida com seu mapa atualizado há um ano. Ainda há muitas dificuldades a serem superadas, temos que cadastrar 100% da população adstrita, agora temos somente 80%.

Considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território temos que fazer mapeamento com atualização contínua do território, já que têm áreas em crescimento. O motivo para o não cadastramento total da população é o surgimento de novas micro áreas em expansão e falta de envolvimento dos demais profissionais da equipe. Temos que incrementar atividades de promoção, prevenção de assistência à saúde, priorizando a solução dos problemas mais frequentes.

A UBS tem uma equipe de saúde que recebe apoio do NASF do município, este serviço não tem todos os membros da equipe com deficiência de fonoaudiólogo, fisioterapeuta, médico acupunturista, ginecologista, homeopata e pediatra. As áreas estratégicas do NASF que não apoiam a UBS são reabilitação integral a pessoa idosa, saúde da criança/adolescente, saúde mulher e serviço social. Temos que fomentar o trabalho interdisciplinar em equipe, integrando técnicos e profissionais de diferentes especialidades e promovendo o desenvolvimento de ações intersetoriais buscando projetos sociais voltados para a promoção de saúde.

Em relação à atenção a demanda espontânea na UBS fazemos o acolhimento do usuário na recepção, não disponibilizamos de uma sala específica

para acolhimento, ressaltando que a nova UBS a ser inaugurada, contará com uma estrutura maior e melhor para realização deste acolhimento. Os profissionais que realizam acolhimento são: médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de consultório dentário, ACS, recepcionista, mas não temos equipe de acolhimento específico. São realizados todos os dias de atendimento e em todos os turnos, os usuários que chegam a UBS têm suas necessidades atendidas, levam em torno de 15 a 30 minutos para serem atendidos. A equipe de saúde não conhece nenhuma avaliação e classificação do risco biológico para definir o encaminhamento da demanda do usuário, não utiliza nenhuma avaliação e classificação de vulnerabilidade social para definir os encaminhamentos.

Na UBS os usuários não solicitam consultas para o enfermeiro quando estão com problemas de saúde agudos, solicitam consulta somente para o médico. Em alguns dias a equipe lida com o excesso de demanda de atendimento, orientando o usuário para retornar outro dia, nos casos em que os mesmos solicitam apenas requisições para exames de rotina, porém sem diminuição ou diferença na atenção a esses usuários, atendendo o mais breve possível.

Em casos de consultas clínicas realiza-se o atendimento, iniciando o tratamento e em alguns casos são feitas requisições de exames e encaminhamentos para especialistas. Em casos específicos de risco imediato a vida do usuário faz-se o pré-atendimento do mesmo e o encaminha imediatamente para o hospital que dispõe de atendimento de urgência e emergência. Para a realização de deslocamento do usuário é disponibilizado transportes. Os usuários com problemas de saúde agudos que necessitam de tratamento imediato disponibilizam de um atendimento prioritário.

Na UBS disponibilizamos de consultório odontológico, prestando atendimento aos usuários todos os dias da semana. Não existe excesso de demanda para consultas de usuários com problemas de saúde agudos que necessitam de atendimento imediato, a equipe orienta o usuário para retornar outro dia e não disponibilizamos de serviços de próteses dentária. A situação da atenção da saúde bucal em nossa UBS ainda não satisfaz a demanda de toda a população muito carente de serviços odontológicos, não basta possuir serviços odontológicos em quantidade suficiente e razoavelmente bem distribuídos. É preciso, também, que estejam corretamente organizados em rede regionalizada, municipalizada, de acordo com os princípios do SUS. É necessário organizar as ações valendo-se de

estratégias de programação que utilizem critérios para a priorização da população mais necessitada, desta forma é que acredito que se pode resolver os excessos de demanda de atendimento odontológico.

Também se deve trabalhar orientando o fluxo de usuários no serviço, a ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do usuário. Neste sentido é priorizado atendimento a qualquer urgência quando esta estiver ocasionando dor e sofrimento ao usuário.

As ações desenvolvidas na UBS no cuidado as crianças são realizadas através de atendimento de puericultura para todos os grupos etários. Realizamos esse atendimento dois dias da semana, de manhã e pela tarde, existem crianças fora da área de cobertura que realizam puericultura na UBS, as ações estão estruturadas de forma programada adotando um protocolo para todas as crianças. Temos um registro onde se armazena toda a informação relacionada com a criança fazendo seguimento das mesmas. Dentro dos aspectos positivos fazemos diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde bucal, saúde mental, imunização, prevenção de anemias, promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis e teste do pezinho.

A partir dos dados coletados no Caderno de Ações Programáticas (CAP) temos uma cobertura de 36 crianças menores de um ano, perfazendo uma cobertura de 100%. Em relação aos indicadores de qualidade pesquisados foi possível identificar os seguintes dados: 32 crianças (89%) com consulta em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS), 30 crianças (83%) com teste do pezinho até sete dias, com primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, triagem auditiva, monitoramento do crescimento e desenvolvimento, avaliação de saúde bucal e orientações sobre aleitamento materno. Por fim, temos 32 crianças (89%) com vacinação em dia.

As crianças de alto risco são classificadas e, se necessário, são enviadas para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto atendimento e pronto-socorro. Os atendimentos das crianças são registrados também em prontuários clínicos, formulário especial de puericultura, ficha de atendimento odontológico, ficha-espelho de vacina, mas este arquivo não costuma ser revisado periodicamente.

Os profissionais de saúde solicitam a caderneta da criança nos atendimentos, são preenchidas as informações sobre as vantagens da alimentação saudável disponíveis na mesma, explica-se o significado do posicionamento da curva de crescimento e como reconhecer sinais de risco na curva de crescimento, chamam atenção para a data da próxima vacina, e como acompanhar o desenvolvimento neuro-psicomotor da criança. Na UBS não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura, porém com a inauguração da nova unidade básica de saúde e a digitalização da mesma isto estará solucionado. Participam do atendimento de puericultura enfermeiro, médico de família, auxiliar de consultório dentário, odontólogo. A criança sai da UBS com a próxima consulta programada.

As ações de atenção a gestante são realizadas em dois dias na semana de manhã e tarde, neste momento, não há gestantes residentes fora da área de cobertura que realizam atendimento a UBS. Fazemos seguimento das mesmas, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde bucal, saúde mental, controle de câncer de colo uterino e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis e atividade física.

,A partir dos dados coletados no CAP temos uma estimativa de 36 gestantes, entretanto, somente 22 estão cadastradas e acompanhadas na UBS, perfazendo uma cobertura de 61%. Em relação aos indicadores de qualidade pesquisados foi possível identificar os seguintes dados: 22 gestantes (100%) com pré-natal iniciado no primeiro trimestre, 16 gestantes (73%) com consulta em dia de acordo com o calendário do MS, 14 gestantes (64%) com vacina antitetânica conforme protocolo, 22 gestantes (100%) com orientação para aleitamento materno exclusivo, 16 gestantes (73%) com avaliação de saúde bucal, temos 22 gestantes (100%) com solicitação na primeira consulta de exames laboratoriais preconizados.

Os profissionais utilizam avaliação e classificação do risco gestacional, tem protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde. Os mais utilizados são: encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto atendimento e pronto socorro. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, formulário especial de pré-natal, ficha de atendimento odontológico e cartão espelho de vacinas. Não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos as gestantes. Os profissionais de

saúde solicitam a carteira do pré-natal nos atendimentos sempre preenchendo as informações atuais da gestante. Estas são orientadas sobre as dietas de alimentação saudável, significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso da caderneta, chamamos atenção para a próxima data de vacina. Recomendamos que a gestante realize avaliação de saúde bucal sempre, sobre os cuidados com recém-nascido, riscos de tabagismo, do álcool e drogas na gravidez, sobre a anticoncepção no pós-parto e que realize revisão puerperal até os sete dias de pós-parto.

Não temos profissionais que se dediquem ao planejamento e coordenação do programa de pré-natal. A equipe de saúde não realiza atividades com grupos de gestantes, só realiza atividades individualmente. A UBS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado durante a gravidez.

Antes que a gestante acesse a UBS, a equipe deve iniciar as ações referentes à linha de cuidado materno infantil. A equipe precisa conhecer o máximo da população adstrita de mulheres em idade fértil, sobretudo aquelas que demonstram interesse, já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe maior será as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal. As equipes de atenção básica devem-se responsabilizar pela população de sua área de abrangência.

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (10% dos casos) (WHO, 2010).

É uma doença de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas em fase inicial e evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero, as ações de prevenção que são feitas na UBS são: orientação a todas as mulheres da área de cobertura

para uso de preservativo em todas as relações sexuais, ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo, ações para realização periódica do exame preventivo do câncer de colo uterino e prevenção através de coletas de exame citopatológico. Existem mulheres fora da área da cobertura que realizam exame na UBS.

Atualmente, temos uma cobertura de 495 mulheres com idade entre 25 a 64 anos residentes na UBS que estão cadastradas, totalizando um indicador de 85%, sendo que o total de mulheres da área de abrangência são 581, estimadas pelos CAP. Destas 495, somente 185 mulheres (37%) encontram-se com exames citopatológico para câncer de colo uterino em dia e 310 mulheres (63%) com exames com mais de seis meses de atraso. Temos 345 mulheres (70%) que realizaram avaliação de risco de câncer de colo uterino, 327 mulheres (66%) receberam orientação sobre a prevenção e 395 (80%) receberam orientações sobre Doenças sexualmente transmissíveis (DST). Somente duas mulheres apresentaram exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados são o aumento do número de dias para a coleta de exames citopatológico, que atualmente, ocorre apenas um dia da semana no turno da manhã. Os profissionais que tem contato com as mulheres de risco devem verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo uterino, investigando os fatores de risco para o câncer de colo em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico. Existe um arquivo específico para o registro dos resultados, que deve ser revisado diariamente.

O câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade deste câncer pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas.

O espectro de anormalidades proliferativas nos lóbulos e ductos da mama inclui hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma in situ e carcinoma invasivo. Dentre esses últimos, o carcinoma ductal infiltrante é o tipo histológico mais comum e compreende entre 80 e 90% do total de casos.

O sintoma mais comum de câncer de mama é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Outros sinais de câncer de mama são edemas cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo e secreção papilar, especialmente

quando é unilateral e espontânea. A secreção associada ao câncer geralmente é transparente, podendo ser rosada ou avermelhada devido à presença de glóbulos vermelhos. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila. (BRASIL, 2013)

Em relação a Controle do câncer de mama na UBS são realizadas ações para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura, estímulo a prática regular da atividade física, sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, ações de educação para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, são realizadas ações de rastreamento do câncer de mama (exame clínico e solicitação de mamografia).

Na UBS se realiza rastreamento do câncer de mama um dia da semana em um turno de trabalho, existem mulheres fora da área de cobertura que realizam rastreamento na UBS. Atualmente, temos 147 mulheres entre 50 a 69 anos residentes e acompanhadas na UBS para controle do câncer de mama, apresentando uma cobertura em torno de 82%, sendo o total estimado de mulheres na área de abrangência pelo CAP de 180 mulheres. Deste total, somente 14 mulheres (10%) apresentam mamografias em dia. Em nosso município não temos mamógrafo, as pacientes têm que ser encaminhadas a capital do estado, que é um pouco distante do nosso município. Temos 133 mulheres (90%) com mamografias com mais de seis meses de atrasos, 55 mulheres (37%) avaliadas para risco de câncer de mama e 87 mulheres (59%) que receberam orientação para câncer de mama.

Somente o médico e a enfermeira aproveitam seu contato com as pacientes para realizar ações de rastreamento do câncer, sendo que deveriam participar todos os membros de equipe. Os profissionais de saúde não investigam os fatores de risco para o câncer de mama em todas às mulheres que faz o rastreamento. Existem registros dos últimos três anos de mulheres que foram identificadas com mamografia alteradas, mas os mesmos não estão atualizados. Precisamos fazer um levantamento de todas as mulheres com mamografia alteradas neste período. Não existem profissionais que se dediquem ao planejamento e controle do câncer de mama, temos que capacitar os profissionais para que façam estes registros.

As estratégias que posso utilizar em minha UBS são realizar reuniões de equipe a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, desenvolver atividades educativas de maneira individual ou coletiva, promovendo a mobilização e a participação da comunidade. Fazer pesquisas do

câncer de mama todos os dias da semana. A equipe de saúde não realiza atividades com grupos de mulheres de risco. Não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção, mas deveria capacitar os profissionais.

A estratégia realizada na UBS para não perder o seguimento de mulheres com exames alterados é, primeiro, solicitar que os laudos sejam liberados agilmente, permitindo que as condutas sejam realizadas em tempo oportuno, segundo, fazer um levantamento de todas as mulheres entre 25 a 64 anos com citologias alteradas e encaminhar ao ginecologista, conhecer os hábitos de vida, cultural, éticos e religiosos das famílias assistidas e das comunidades e realizar trabalhos interdisciplinar e em equipe.

Em relação à atenção aos hipertensos desenvolvemos ações que orientam sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool incentivando os jovens a praticar esportes, atividades culturais e recreativas. A promoção do estilo de vida mais ativo tem sido utilizada como estratégia de desenvolver melhoria nos padrões de saúde e na qualidade de vida. Os indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários têm risco 30% a 50% maior de desenvolver a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (BRASIL, 2013). Nem todos os profissionais da UBS participam do atendimento de adultos com HAS, só o médico e a enfermeira, mas deveriam participar os demais membros da equipe de saúde, realizando ações em conjunto para melhorar a qualidade de vida da população.

Temos uma cobertura de 421 hipertensos com 20 anos ou mais residente na área e acompanhados na UBS perfazendo uma cobertura de 88%. O total estimado pelo CAP foi de 481 hipertensos. Em relação aos indicadores de qualidade pesquisados foi possível identificar os seguintes dados: 0 (zero) hipertenso com estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, 357 hipertensos (85%) com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 64 hipertensos (15%) com orientação sobre a prática de atividade física regular, 64 hipertensos (15%) com orientação nutricional para alimentação saudável.

Não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS, só os prontuários médicos. Na UBS se conhece o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), mas não estão coletados os dados necessários para poder realizar os mesmos. Com este sistema temos a possibilidade de avaliar: óbitos ocorridos, medicamentos

utilizados e quantidades, risco cardiovascular e grau de compensação do usuário. Temos que trabalhar para a recuperação deste sistema.

A partir dos dados coletados no CAP temos uma cobertura de 138 diabéticos com 20 anos ou mais residente na área e acompanhados na UBS perfazendo uma cobertura de 100%.

Em reação aos indicadores de qualidade pesquisados foi possível identificar os seguintes dados: 0 (zero) diabético com realização de estratificação de risco cardiovascular com critério clínico, 114 diabéticos (83%) com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 24 diabéticos (17%) com exames complementares periódicos em dia, 0 (zero) diabético com exames físicos dos pés nos últimos três meses, com palpação dos pulsos tibial, posterior e pedioso nos últimos três meses, 38 diabéticos (28%) com avaliação sobre a prática da atividade física regular, 38 diabéticos (28%) com orientação nutricional para alimentação saudável.

Em relação à saúde dos idosos as ações que são desenvolvidas para o cuidado aos idosos são: imunizações em campanha e diariamente na UBS, (promoção da atividade física e hábitos alimentares saudáveis), fazendo uma atividade quinzenal onde se reúnem hipertensos e diabéticos, idosos com a participação de ACS, enfermeira, psicólogo e médico. Só que o número de participantes é muito pequeno em comparação a população de idosos. Não existe um arquivo específico para os registros de atendimento, os dados são armazenados nas cadernetas e prontuários médicos. Não é avaliada a capacidade funcional global do idoso por ocasião do exame clínico pelos profissionais de saúde, mas devia-se avaliar. Não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas dos idosos, mas temos que preparar pessoas com capacidade para isso.

Os idosos são atendidos todos os dias da semana pela parte da manhã e à tarde. Existem idosos fora da área de cobertura que realizam atendimento na UBS. Atualmente, temos 244 idosos residentes e acompanhados na UBS, totalizando uma cobertura de 96%. O total de idosos estimado pelo CAP residentes na área de abrangência foi 255 idosos. Apesar da alta cobertura temos poucos indicadores da qualidade da atenção aos idosos avaliados, o que também estão muito abaixo do esperado como, 156 idosos (64%) que possuem cadernetas de saúde para idosos, isso porque a secretaria de saúde não dispõe para entregar a todos os idosos, 96 idosos (39%) encontram-se com acompanhamento em dia, 186 idosos (76%) com

HAS e 84 idosos com Diabetes Mellitus (34%), 188 idosos (77%) receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e realização de atividade física e 78 idosos (32%) realizaram avaliação de saúde bucal em dia.

Referente a saúde bucal a partir dos dados coletados no cCAP temos 52 pré-escolares (0-4), representando 72% atendidos na primeira consulta programática, 268 escolares (5-14) totalizando 60%, 264 outros excetos gestantes, a população geral com idade entre (15-59anos) 18%, 56 idosos (60 anos ou mais) 22%, 28 gestantes 78%.

O número de pessoas com atendimento não programado temos 32 pré-escolares (0- 4) 62%, 67 escolares (5-14) 25%, 132 outros excetos gestantes (15-59 anos) 50%, 19 idosos (60 anos ou mais) 34%, 2 gestantes 7%. O número do atendidos com tratamento inicial completado temos 12 pré-escolares (0-4 anos) 23%, 46 escolares (5 a 14anos) 17%, 123 outros excetos gestantes (15-59 anos) 47%, 18 idosos (60 anos ou mais) 32%, 18 gestantes 64%. O número de atendidos com orientação sobre alimentação saudável e higiene bucal em ações coletivas temos 32 pré-escolares (0-4 anos) 62%, 189 escolares (5-14 anos) 71%, 132 outros excetos gestantes (15 a 59 anos) 50%, 18 idosos (60 anos ou mais) 32%, 14 gestantes 50%.

Os maiores desafios que apresenta em minha UBS primeiramente é fazer com que a equipe trabalhe de forma unida na coleta de dados já que muitas vezes o trabalho é deixado só para o médico e a enfermeira apesar de ser responsabilidade de todos. Temos que capacitar aos demais membros da equipe que não tem capacitação para que possam desempenhar as tarefas recomendadas, temos que fazer com que os gestores da saúde nos apoiem e tomem decisões para resolver os problemas encontrados, já que muitas vezes a solução dos problemas não depende da equipe de saúde.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Em relação ao texto escrito na segunda semana de ambientação “Qual a situação da ASF/APS em seu serviço” depois de ter feito esta análise vejo com mais clareza muitos aspetos a serem melhorados da qualidade de vida da população que anteriormente não havia percebido. Ao olhar os diferentes programas de saúde

separadamente posso definir com mais clareza os problemas encontrados em cada um deles, podendo fazer sugestões para encontrar soluções adequadas. As dificuldades referentes a Unidade de saúde ainda persistem, mas a nova Unidade está próximo a ser inaugurada, no mês de setembro de 2015 onde ficarão solucionadas as deficiências sinalizadas anteriormente.

Com o projeto conseguiremos que a equipe trabalhe de forma unida na coleta de dados e realização das ações, sendo que os gestores de saúde também podem tomar algumas decisões em situações que não precisam de médico e nem da enfermeira para uma melhor oferta de ações a saúde da população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis que tem um maior índice de morbimortalidade em nossa área de saúde, por isso é que decidimos fazer este projeto de intervenção encaminhado a diminuir a incidência destas doenças em nossa comunidade. Apesar da unidade de saúde funcionar há 12 anos, nunca levou atendimento de forma contínua a essa população, em todos os dias da semana e em dois turnos de trabalho, também nunca se fez um estudo da principal problemática de saúde desta população, apesar que estas doenças geralmente sejam diagnosticadas em pessoas de mais de 50 anos (BRASIL, 2013). O DM é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente: olhos, rins, nervos cérebro, coração, e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, a destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção de insulina, entre outros (BRASIL, 2013). O consenso brasileiro de HAS define um sujeito portador desta patologia com valores de igual a maior que 140/90 mmHg quando encontrado em pelo menos duas aferições realizadas no mesmo momento. Portanto a HAS, definida como sistólica é de igual a maior que 140mmHg e diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Além dos valores de pressão normal, ótima sistólica 120mmHg e diastólica 80mmHg e normal sistólica 130mmHg e diastólica 85mmHg e limítrofe sistólica 130-139 e diastólica 90-99. (BRASIL, 2013).

Nossa UBS atende aproximadamente 2.400 pessoas, tem uma equipe de saúde completa, conta com um médico, uma enfermeira, um odontólogo, um auxiliar

de consultório dental, uma secretária e seis ACS. Recebe apoio do NASF do município, que não tem todos os membros da equipe completo com deficiência de um fonoaudiólogo, fisioterapeuta, médica acupunturista, ginecologista, homeopata e pediatra. Apesar da nossa UBS está localizada na área urbana, ela é muito extensa dificultando a acessibilidade para fazer o trabalho de mapeamento e pesquisa dos casos novos que temos que diagnosticar. Em relação a estrutura física contamos com um consultório odontológico, um consultório médico, uma sala de vacina, uma cozinha, uma sala de recepção pequena, um banheiro para usuários e um banheiro no consultório médico. Não temos sala de reuniões, sala de recepção para arquivos de prontuários e nem sala de almoxarifado. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é 421, apresentando indicador de cobertura de 88%. Em reação aos diabéticos temos 138 diabéticos cadastrados, representando 100% de cobertura. Apesar da alta cobertura, acreditamos que existem usuários que não foram ainda diagnosticados, às vezes são portadores dessas doenças, mas tem desconhecimento de sua condição o que leva a reflexão da verdadeira cobertura dessa população alvo. O trabalho a ser realizado é muito importante já que certamente a doença representa um perigo para nossa população, mas acreditamos que a tarefa será feita com sucesso. Em relação a qualidade da atenção à saúde temos que reconhecer que ainda estamos muito distantes da qualidade esperada já que não estamos fazendo estratificação do risco cardiovascular por critério clínico. Existem muitos atrasos na consulta agendada em mais de sete dias, dificuldades para realização de exames complementares periódicos em dia, pouca orientação de atividade física regular e orientação nutricional a todos os pacientes e avaliação de saúde bucal em dia.

A intervenção é importante no contexto da UBS já que neste projeto vamos oferecer atendimento a um maior número de pacientes que antigamente não tinham conhecimento de sua doença, vamos cadastrar um maior número de usuários seja por desconhecimento de sua doença ou falta de motivação para tomar ações encaminhadas a melhorar sua saúde. Acho que as condições demográficas é um grande obstáculo, já que o território é muito extenso, também a dificuldade para os usuários realizarem as consultas com especialistas, que são feitas fora do município.

Este projeto pode melhorar a saúde da população uma vez que integraremos mais usuários ao programa de atendimento ao diabético e hipertenso e mudarmos seu estilo de vida encaminhado a fazer exercício e dieta saudável. Com a

nova UBS próxima a inaugurar muitos dos problemas relacionados à infraestrutura da unidade de saúde serão solucionados melhorando o atendimento à população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Boa Fé, Altos/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo como protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo como protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos a consultas na unidade de saúde.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos a consultas na unidade de saúde.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter a ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Boa Fé, no Município de Altos/PI. Participarão da intervenção todos os usuários acima de 20 anos que apresentem fatores de risco para HAS e DM.

2.3.1 Detalhamento das ações

Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos na área adstrita a UBS.

Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Manter 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Serão avaliados mensalmente se as metas propostas estão sendo alcançadas comparando com os cadastros realizados. Esta ação será realizada pela secretaria da UBS.

Organização e gestão do serviço

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Para isto vamos realizar registros de todos os hipertensos e diabéticos e melhorar o acolhimento para os pacientes na unidade de saúde selecionando uma equipe composta por um ACS e secretária para diminuir o tempo de espera no posto de saúde, visando não interromper o funcionamento normal da consulta médica. O material também será garantido e faremos revisões para detectar mal funcionamento dos mesmos.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para o alcance destas ações, a comunidade será informada através de palestras sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e diabetes da unidade de saúde, para isso solicitaremos auxílio da rádio comunitária e líderes comunitários informando a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Esta ação será realizada por ACS.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações para a equipe da unidade, onde serão abordados os aspectos descritos acima. A capacitação será feita por enfermeira de 15 em 15 dias durante o primeiro mês.

Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos e incrementando as atividades encaminhadas a promoção e prevenção de saúde com a participação de toda a equipe de saúde.

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Diabéticos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar as atividades encaminhadas a promoção e prevenção de saúde com a participação de toda a equipe de saúde.

Detalhamento: As atividades de promoção e prevenção de saúde serão monitoradas quinzenalmente. Esta ação será realizada pela ACS Leila.

Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Para isto vamos melhorar o acolhimento para os pacientes na unidade de saúde selecionando uma equipe composta por um ACS e secretária para diminuir o tempo de espera na Unidade de saúde, visando não interromper o funcionamento normal da consulta médica. O material também será garantido e faremos revisões para detectar mal funcionamento dos mesmos.

Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Para o alcance destas ações a comunidade será informada através de palestras sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e diabetes da unidade de saúde, para isso solicitaremos auxílio da rádio comunitária e líderes comunitários. Esta ação será supervisionada pela ACS Elisete.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações para a equipe da unidade, onde será abordado o tema citado acima. A capacitação será feita pelo médico, mensalmente.

Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Organizaremos uma agenda destinada as visitas domiciliares para monitorar os usuários que tem realizado em dia os exames solicitados. Será supervisionada semanalmente pela enfermeira.

Organização e gestão do serviço

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Para estas ações organizaremos uma agenda, primeiro conversaremos com gestor para garantir agilidade dos exames e também faremos

supervisão semanal da realização dos mesmos, será supervisionada semanalmente pelo médico.

Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Para isso solicitaremos auxílio da rádio e líderes comunitários. Esta ação será supervisionada pela ACS de 15 em 15 dias.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A capacitação será para toda a equipe onde abordaremos tais aspectos. Será realizada na primeira semana após implantação do projeto, que acontecerá de 15 em 15 dias no primeiro mês, o responsável será o médico.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

Para isso faremos visitas semanais na farmácia popular para monitorar a liberação dos medicamentos assim como a disponibilidade dos mesmos, será supervisionado pelo médico.

Organização e gestão do serviço

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Serão supervisionados os estoques e registros de medicamentos incluindo a validade dos mesmos mensalmente, será responsável a enfermeira.

Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Solicitaremos auxílio da rádio e líderes comunitários para divulgar os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos, será supervisionado mensalmente pela ACS.

Qualificação da prática clínica

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações para a equipe da unidade, onde serão abordados os aspectos descritos acima. A capacitação será feita por enfermeira de 15 em 15 dias durante o primeiro mês.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Juntamente com os ACS, organizaremos uma agenda destinada a visitas domiciliares de hipertensos e diabéticos com necessidade de atendimento odontológico priorizando os mais necessitados. Será supervisionada semanalmente pela auxiliar de consultório dentário.

Organização e gestão do serviço

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos;

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Organizaremos uma agenda destinada as consultas de hipertensos e diabéticos com necessidade de atendimento odontológico priorizando os mais necessitados. Será supervisionada semanalmente pela dentista.

Engajamento público

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A comunidade será informada através de palestras sobre a importância da avaliação de saúde bucal, para isso solicitaremos auxílio da rádio comunitária e líderes comunitários. Será supervisionada semanalmente pela auxiliar de consultório dentário.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

As capacitações da equipe serão feitas mensalmente pela dentista.

Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: As periodicidades das consultas prévias serão monitoradas semanalmente. Esta ação será realizada pela secretaria da UBS.

Organização e gestão do serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Juntamente com os ACS, organizaremos uma agenda destinada á visitas domiciliares de usuários faltosos, tentaremos resgatá-los novamente ás consultas visando um adequado acompanhamento.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão, de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Serão realizadas palestras envolvendo toda a equipe cujos públicos alvos são hipertensos, diabéticos e seus familiares. Abordaremos diversos temas frisando sempre a importância do acompanhamento médico e periodicidade das consultas. As palestras terão uma frequência quinzenal.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: A capacitação será para toda a equipe onde abordaremos tais aspectos. Será realizada na primeira semana após implantação do projeto, que acontecerá de 15 em 15 dias no primeiro mês, o responsável será o doutor Reinel.

Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos.

Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Os registros serão monitorados e avaliados mensalmente de forma criteriosa, através dos livros de registro e da planilha destinados a coleta de dados. O monitoramento será feito pela secretaria da UBS.

Organização e gestão do serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Iremos prover meios para que as informações de registros sejam atualizadas no SIAB e toda a equipe deverá trabalhar de forma unida para que os registros e informações sejam realizados de forma precisa. A enfermeira junto com o médico será responsável pelo monitoramento dos registros.

Engajamento público

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Serão passadas tais informações nas palestras organizadas para a comunidade. Esta ação será supervisionada mensalmente pela ACS Dejanira.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Será realizado na primeira capacitação organizada para a equipe, tendo como responsável o médico e ocorrerá de 15 em 15 dias durante o primeiro mês.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número usuários de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Neste caso será realizado pela enfermeira com a revisão periódica das fichas de acompanhamento.

Organização e gestão do serviço

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Para esta ação organizaremos uma agenda de acordo a demanda da unidade, para que todos sejam atendidos com prioridade, principalmente os pacientes de alto risco.

Engajamento público

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Serão dadas orientações individuais durante as consultas médicas e de enfermagem e orientações coletiva durante as palestras que

organizaremos para a comunidade. As orientações coletivas serão feitas pela enfermeira e terão uma frequência mensal.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Como foi dito anteriormente, tais temas serão abordados nas capacitações de equipe. Sem dúvida alguma serão bastante produtivas, esperamos bons resultados. Utilizaremos de meios didáticos para abordar os assuntos tratados, de forma que toda equipe possa entender e colocar em prática as tarefas que se destina a cada um. Teremos como apoio o Manual Técnico de Hipertensão e Diabetes disponível a toda equipe. A capacitação será feita pelo médico de 15 em 15 dias durante o primeiro mês.

Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Serão monitoradas a realização de orientação nutricional, da atividade física regular, sobre os riscos de tabagismo e higiene bucal durante as visitas domiciliares de 15 em 15 dias. Esta ação será realizada pela ACS.

Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo.
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Para esta ação organizaremos uma agenda, primeiro conversaremos com gestor para garantir as demandas referidas anteriormente, depois procuraremos ajuda das pessoas influentes da comunidade como (líderes comunitários, igreja e pessoas influentes) que possam ajudar.

Engajamento público

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

- Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Como foi dito anteriormente, tais temas serão abordados nas palestras com os hipertensos, diabéticos e familiares. Utilizaremos de meios didáticos para abordar os assuntos tratados, de forma que todos os usuários possam entender. As palestras serão realizadas pela enfermeira de 15 em 15 dias durante toda a intervenção.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Tais temas serão abordados nas capacitações de equipe, em relação á práticas de alimentação saudável, métodos para educação em saúde, atividade física regular, higiene bucal, e todos estarão aptos a fornecer tais orientações, principalmente de forma individual. As capacitações ocorrerão de 15 em 15 dias.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Manter 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Utilizaremos como base para os procedimentos e ações a serem realizadas os Cadernos de Atenção Básica, do MS, nº 36 e 37, referente as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (DM e HAS) (BRASIL, 2013). Teremos como apoio a ficha espelho da secretaria de saúde do município, já que a unidade de saúde não está informatizada. Utilizaremos as ficha espelho disponibilizada pelo curso. Para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira vão elaborar uma ficha complementar.

Estimamos alcançar com a intervenção 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos da nossa área de abrangência. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir 500 fichas espelhos necessárias para o trabalho. Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os pacientes hipertensos e diabéticos que vieram a consulta nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários destes pacientes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário e ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Para monitorar o número de diabéticos e hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde utilizaremos os prontuários médicos. Semanalmente, a enfermeira examinará as fichas espelho dos hipertensos e diabéticos identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos e exames laboratoriais com atraso, estima-se 6 por semana, 24 por mês. Ao fazer a busca já agendará os pacientes para um horário de sua conveniência

Realizaremos capacitação para a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg. Isso vai acontecer de 15 em 15 dias durante o primeiro mês na

reunião da equipe. Para esta atividade iremos dispor de 2 horas ao final da reunião. A capacitação será feita pelo médico e enfermeira. Os materiais utilizados são esfigmomanômetros, estetoscópios, glicômetro, folhas brancas e canetas.

Em relação ao engajamento público iremos informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, para isso, teremos auxílio da rádio e líderes comunitários informando a importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Faremos contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Isso vai acontecer mensalmente durante as 16 semanas.

Serão organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos hipertensos e diabéticos a consultas de seguimento, fazendo revisão dos prontuários médicos e selecionando aqueles que não estão realizando as consultas. Essa ação vai acontecer mensalmente durante as 12 semanas. As visitas serão feitas por duas ACS e precisaremos de um transporte que será facilitado pela secretaria de saúde.

Em relação a organização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico a hipertensos e diabéticos, a equipe de odontologia irá organizar a agenda de consultas odontológicas já que não pode afetar o atendimento diário. Isso vai acontecer mensalmente durante as 16 semanas.

Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável, envolvendo a nutricionista nesta atividade, fazendo palestras na comunidade. Esta ação ocorrerá de 15 em 15 dias. Os materiais necessários para realizar esta atividade são TV, reproduutor de DVD, cartazes informativos sobre nutrição saudável.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa.	x		x													
Informar a comunidade sobre a existência do Programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes.	x				x				x				x			
Monitorar o número de diabéticos e hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cadastrar usuários hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Organizar um sistema de registro em usuários hipertensos e diabéticos que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento.	x		x		x		x		x		x		x		x	
Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas a hipertensos e diabéticos.	x				x				x				x			
Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos hipertensos e diabéticos a consultas de seguimento.	x				x				x				x			
Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico a hipertensos e diabéticos.	x				x				x				x			

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção estava prevista para acontecer durante 16 semanas conforme consta no cronograma do projeto, entretanto, foi necessário realizar uma readequação do tempo de intervenção, reduzindo para 12 semanas, visando adequá-la ao período de férias do coordenador do projeto. Apesar dessa redução do período da intervenção, nota-se que não houve prejuízos para a realização das ações e alcance das metas estipuladas.

Tivemos que percorrer um caminho muito longo para chegar até aqui e enfrentamos muitas dificuldades que, ao final, algumas foram resolvidas e outras não. Tivemos muitas melhorias em relação a qualidade de vida das pessoas com o grupo de Atenção aos hipertensos e diabéticos os quais fazem exercícios físicos e recebem palestras sobre dieta saudável no período de 15 em 15 dias. Isto para mim é uma melhoria muito importante já que jamais na comunidade havia sido realizado um projeto desta magnitude para a satisfação social, tendo um bom acolhimento pela comunidade.

Em relação ao monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, acredito que esta ação foi cumprida integralmente mediante o preenchimento das planilhas e fazendo registro dos cadastros realizados. Também é certo que, muitas vezes, o número de usuários planejados para serem avaliados semanalmente que foi 63, em muitas ocasiões não alcançamos a meta proposta, uns dos motivos foi a causa das chuvas, outro motivo foi devido às minhas férias e a outro foi na falta de organização da equipe que inicialmente apresentou muitos tropeços, mas com o trabalho do dia a dia foi sendo resolvido em muitas ocasiões.

Em relação à organização dos sistemas de serviço referentes ao uso dos esfigmomanômetros, manguitos e fita métrica sempre foram garantidos, não foi assim com o glicôsimetro para fazer os glicoteste que só foi garantido no primeiro mês de trabalho.

Sobre a divulgação da existência do projeto para a comunidade, realmente tivemos apoio durante o primeiro mês de trabalho com a rádio comunitária. Depois de minhas férias a divulgação não foi a mesma, mas isso tenho que reconhecer foi falta de nossa supervisão já que a rádio esteve todo o tempo a nossa disponibilidade. Mas sempre tivemos cooperação dos líderes comunitários que ajudaram para que na área de saúde se conhecesse nossos objetivos. Os mesmos organizaram palestras na comunidade referentes na pratica de atividade física da forma regular, abandono do tabagismo, referente a fazer uma dieta adequada e informaram na rádio comunitária sobre o projeto que estava sendo feito.

Sempre trabalhamos para melhorar a qualidade da atenção de hipertensos e diabéticos fazendo as visitas domiciliares, nos casos que não foi possível o usuário se locomover até a unidade de saúde e fazendo encaminhamento dos mesmos quando foi possível. Referente aos exames laboratoriais no seguimento dos hipertensos e diabéticos sempre tivemos apoio da secretaria de saúde que disponibilizou os reativos e priorizou o projeto.

Em relação a capacitação dos profissionais de acordo aos protocolos adotados pela unidade foi cumprida nas primeiras semanas. Inicialmente, capacitamos todos aqueles que não conheciam como fazer uma correta verificação de pressão arterial e fazer uma medição adequada da glicemia com o glicoteste, isto foi muito importante para o bom desenvolvimento do trabalho, também elevou o nível profissional dos que foram capacitados.

Temos pendente melhorar o atendimento odontológico o qual não foi o mais adequado durante o projeto, primeiro porque não foram atendidos os usuários que estavam planejados devido à grande demanda do serviço odontológico e também porque o local ficou muito distante para o atendimento dificultando a população locomover-se até a nova sede de atendimento odontológico.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Sobre a organização e gestão do serviço referente a participação da nutricionista na rotina diária não foi possível. Temos que afirmar que o município só consta com um nutricionista o qual impossibilita sua presença, priorizando sua participação só no grupo de atenção aos hipertensos e diabéticos de 15 em 15 dias.

Não foi possível sempre a participação dos educadores físicos no grupo de atenção aos hipertensos e diabéticos já que os mesmos estão vinculados as escolas e não tem disponibilidade todo o tempo, o gestor falou que não tem previsão para a contratação de outros educadores.

Referente a organização do tempo médio com a finalidade de garantir orientações a nível individual nem sempre foi possível cumprir já que muitas vezes as pessoas avaliadas foram idosas com baixo nível escolar o que dificulta a compressão dos mesmos em muitas ocasiões, prolongando-se assim o tempo médio de consulta.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação a coleta de dados apresentamos algumas dificuldades com a obtenção dos dados que não estavam disponíveis durante as visitas domiciliares aos idosos que estavam sozinhos. Muitos não conheciam qual o tipo de medicamento que tomam, exames realizados e o tempo que haviam feitos os mesmos, se haviam recebido orientação sobre o atendimento odontológico, dieta saudável e participado de alguma palestra. Muitas vezes tivemos que voltar em horário onde tiveram presentes outros membros da casa que puderam esclarecer nossas dúvidas.

Também em relação às planilhas e fechamento de dados, inicialmente, apresentamos algumas dificuldades com o cálculo dos indicadores, mas a medida que nos adentramos no trabalho isto foi se resolvendo. Tenho que dizer que sempre as nossas orientadoras estavam oferecendo o seu apoio e fazendo esclarecimentos das dúvidas que iam aparecendo.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

É muito importante saber que existem algumas ações sendo incorporadas na rotina do serviço como, por exemplo, a recuperação do grupo de atenção aos hipertensos e diabéticos de 15 em 15 dias o qual tem um bom acolhimento na comunidade já que não são somente renovadas as receitas dos medicamentos, mas também fazemos orientações para mudar seu estilo de vida, fazendo uma dieta mais saudável e recebendo orientação da nutricionista que nos oferece apoio nesta tarefa. Será mantido também a realização de exercícios físicos orientado pelo fisioterapeuta do hospital e em parceria com a equipe apresentando opiniões relacionadas a saúde.

Desta forma, acredito que esta ação programática está incorporada a rotina do serviço, tanto em relação ao processo de atendimento organizado aos usuários hipertensos e diabéticos, quanto em relação aos registros realizados.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos adstritos à área de abrangência da UBS Boa Fé, município de Altos/PI. No levantamento realizado antes da intervenção foi verificado que a população residente na localidade é de 2.400 pessoas, sendo que a estimativa para os maiores de 20 anos é de 1.608 pessoas. Após análise situacional verificou-se que na área de abrangência existe 481 hipertensos e 138 diabéticos.

Foram estabelecidas como metas para ampliação da cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, 100% para ambas as doenças crônicas. Durante a intervenção foram cadastrados 361 hipertensos (75,1% dos hipertensos estimados para a área) e 67 diabéticos (48,6% dos diabéticos estimados para a área).

Observamos que melhorou muito o número de hipertensos e diabéticos avaliados, mas não cumprimos os objetivos propostos, isto foi devido ao tempo da intervenção que foi reduzido quatro semanas, totalizando 3 meses de intervenção, também incidiu neste resultado que muitos destes usuários realizam seguimento em clínicas privadas e só vai renovar as receitas no posto de saúde. É importante salientar também que durante o meu período de férias a equipe não conseguiu dar continuidade às ações propostas no projeto, o que poderia ter influenciado positivamente no alcance dessas metas de cobertura.

A ação que nos auxiliou na captação dos hipertensos e diabéticos foram as visitas domiciliares por parte dos ACS que realizaram busca de hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais residente na área.

A partir de uma análise progressiva da cobertura temos no primeiro mês 111 hipertensos (23,1%), no segundo mês 257 hipertensos representando (53,4%) e no terceiro mês 361 hipertensos, totalizando (75,1%), conforme figura 1.

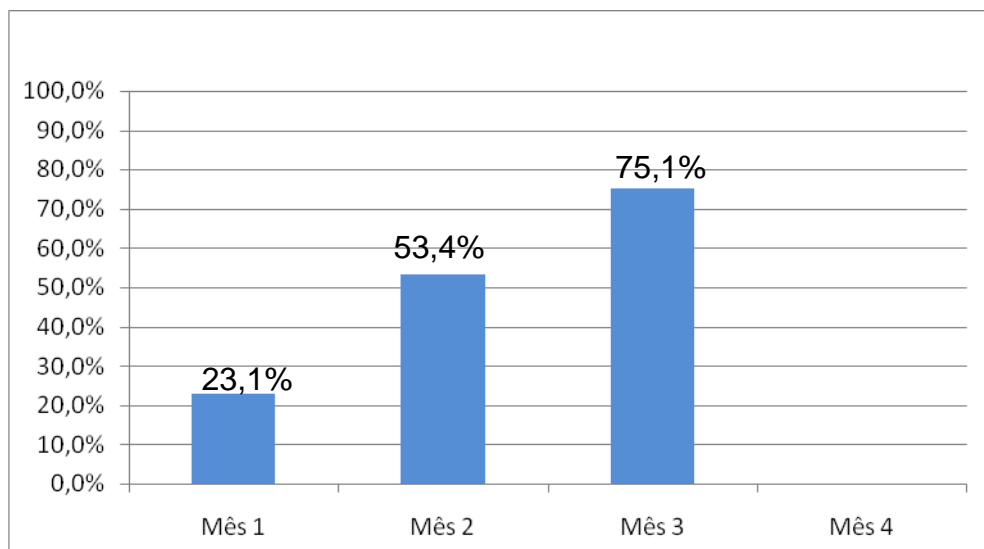


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Altos/Piauí/2015.

Em relação aos diabéticos foram cadastrados no primeiro mês 16 diabéticos (11,6%), no segundo mês 49 diabéticos (35,5%) e no terceiro mês 67 diabéticos, equivalendo a (48,6%), conforme figura 2. Alcançamos ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita inferior ao esperado.

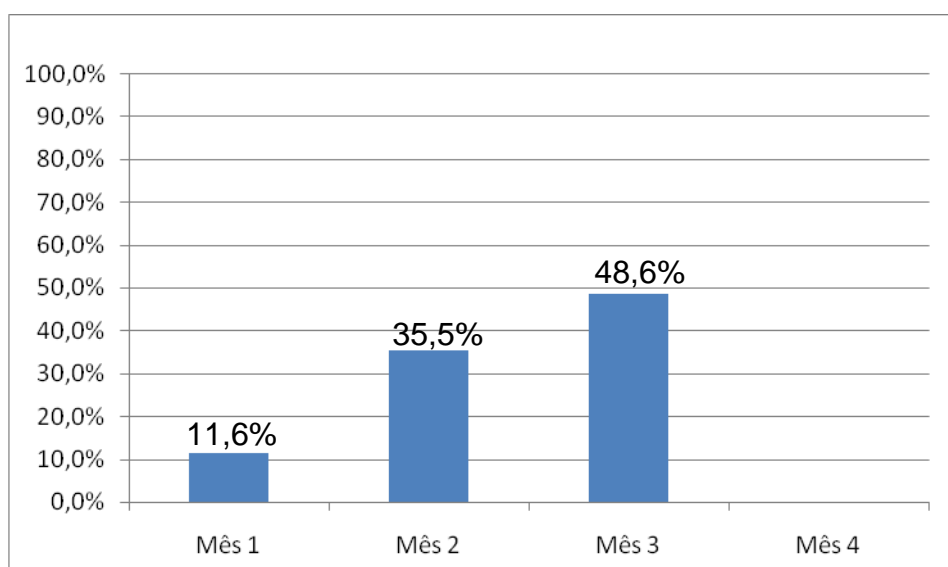


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Altos/Piauí/2015.

Em relação as metas “Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos” tivemos que fazer um exame clínico adequado durante as consultas médicas, fazendo uma avaliação de cada um deles. Certo que não conseguimos os objetivos propostos, mas os resultados foram muito satisfatórios.

Durante o primeiro mês de trabalho o número de hipertensos com exames clínicos em dias de acordo com o protocolo foi de 94 de um total de 111 residentes na área acompanhados, perfazendo 84,7%. No mês 2 avaliamos 224 de um total de 257, equivalendo a 87,2% e durante o mês 3 foram 301 de 361, totalizando 83,4%, conforme figura 3.

Não conseguimos atingir a meta proposta inicialmente de 100% desta ação para todos os usuários, mas conseguimos avaliar mais de 90% durante todo o projeto já que muitas vezes as chuvas afetaram o traslado dos pacientes a consulta.

Durante o primeiro mês de trabalho o número de hipertensos com exames clínicos em dias de acordo com o protocolo foi de 94 de um total de 111 residentes na área acompanhados, perfazendo 84,7%. No mês 2 avaliamos 224 de um total de 257, equivalendo a 87,2% e durante o mês 3 foram 301 de 361, totalizando 83,4%, conforme figura 3.

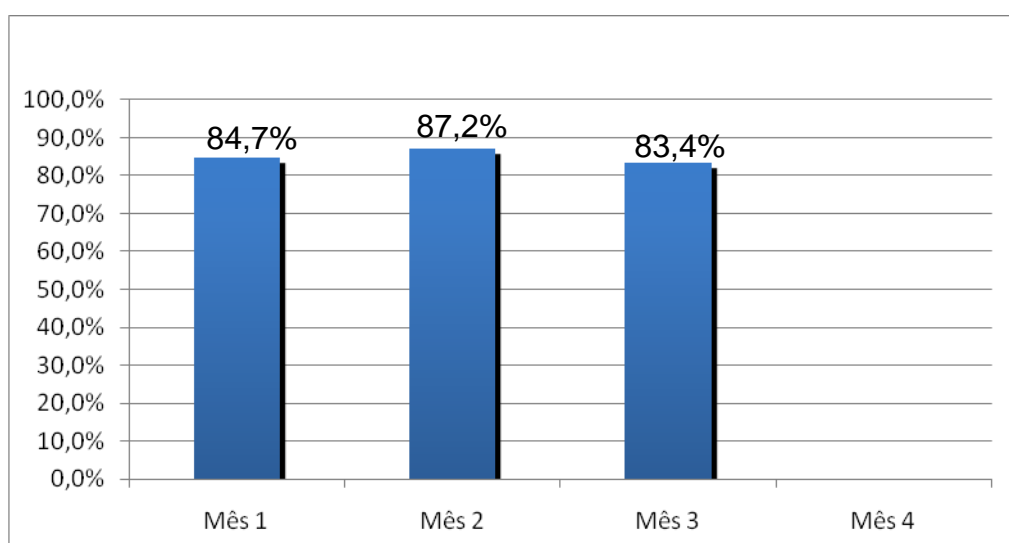


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Altos/Piauí/2015.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês conseguimos avaliar 15 de 16 diabéticos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo, perfazendo 93,8%. No segundo mês, conseguimos avaliar 46 de 49 diabéticos, contabilizando 93,9%, e no terceiro mês avaliamos 62 de 67 diabéticos, totalizando 92,5%, conforme figura 4. Isto foi possível já que os diabéticos constituem um grupo menor, tem um pequeno grupo deles que tivemos que avaliar nas casas já que era impossível se locomover até o posto de saúde.

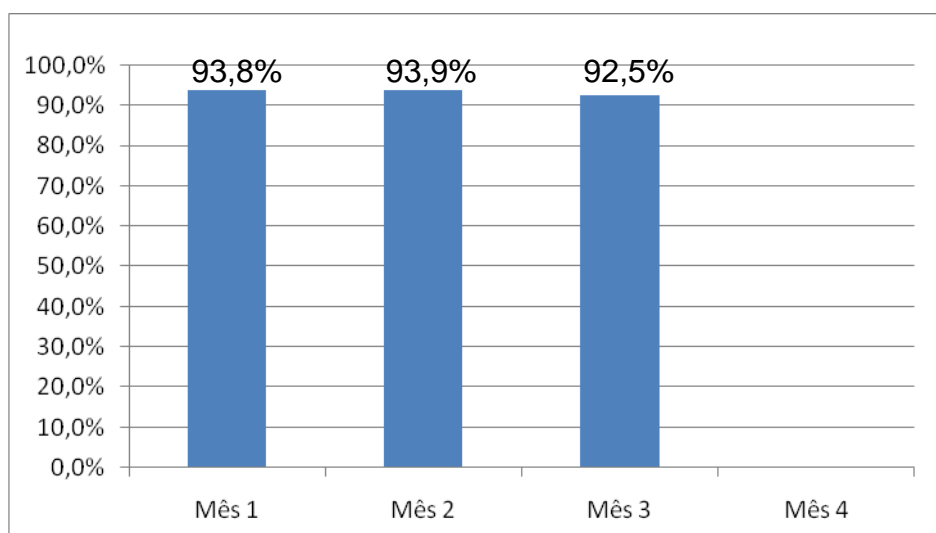


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Altos/Piauí/2015.

Foi proposto garantir a 100% para hipertensos e 100% para diabéticos a realização de exames complementares em dias de acordo com o protocolo. O primeiro mês o número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia foi de 89 de um total de 111 hipertensos residentes na área acompanhados na UBS apresentando indicador de 80,2%, no mês 2 foram 212 de um total de 257 hipertensos residentes na área, perfazendo 82,5% e no mês 3 foi de 289 de 361 hipertensos totalizando 80,1%, conforme figura 5.

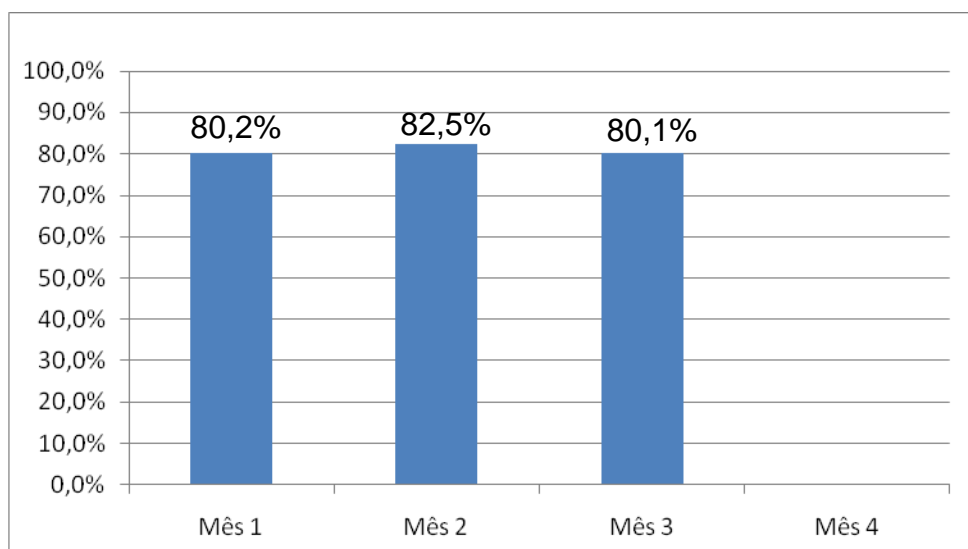


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Altos/Piauí/2015.

Em relação aos diabéticos, durante o primeiro mês o número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia foi de 15 de um total de 16 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS representando 93,8%, no mês 2 foi de 44 diabéticos de um total de 49 residentes na área contabilizando 89,8% e no mês 3 foi de 60 diabéticos de um total de 67 residentes na área fechando o indicador em 89,6%, conforme figura 6. Temos que sinalar que foi um grande número de exames feitos, apesar dos contratempos que tivemos com as chuvas que dificultaram os usuários se locomoverem para a secretaria de saúde onde faziam os exames.

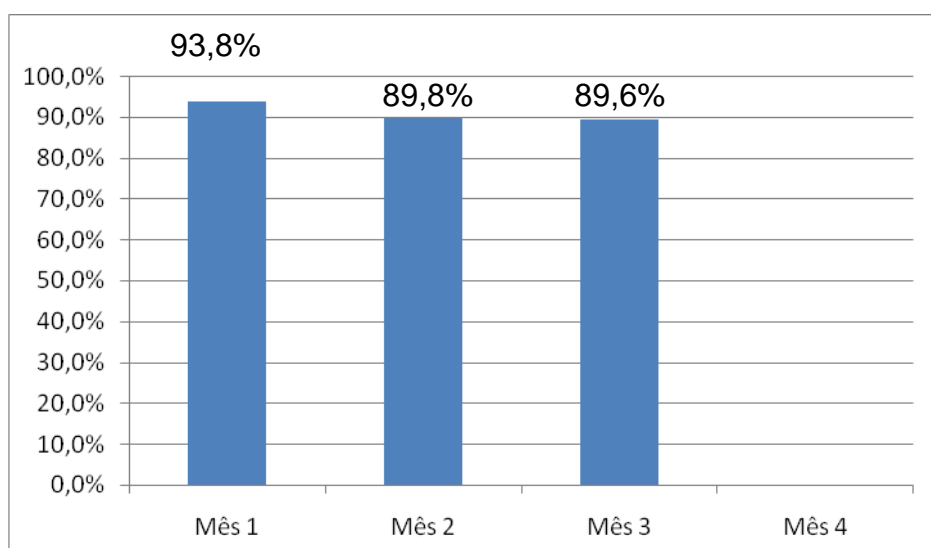


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Altos/Piauí/2015.

Em relação as metas “Priorizar que 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos tenham prescrição de medicamentos para a farmácia popular” tivemos que coordenar junto a secretaria de saúde e a farmácia para garantir aos mesmos, uma vez que os medicamentos foram prescritos. Certo que não conseguimos os objetivos propostos, mas os resultados foram muito satisfatórios.

Temos que dizer que não conseguimos atingir a meta proposta inicialmente de alcançar 100%, já que muitos diabéticos têm seguimento em clínicas privadas onde recebem suas prescrições e a maioria dos casos já tem seguimento há muitos anos e nós só temos um ano de trabalho na comunidade.

Durante o primeiro mês o número de hipertensos com prescrição de medicamentos para farmácia popular foi de 88 com relação ao número de hipertensos com prescrição de medicamentos que foi de 109 totalizando 80,7%, durante o mês 2 foi de 198 em relação a 254 equivalendo a 78% e durante mês 3 foi de 255 hipertensos em relação a 351, totalizando 72,6% conforme figura 7. Apesar de não alcançarmos 100% como foi o planejado, sempre conseguimos que mais de 70% dos hipertensos tivessem prescrição de medicamentos para a farmácia popular. Isto foi possível já que durante as consultas fizemos as prescrições para melhorar os custos dos medicamentos que neste caso é financiado pelo governo.

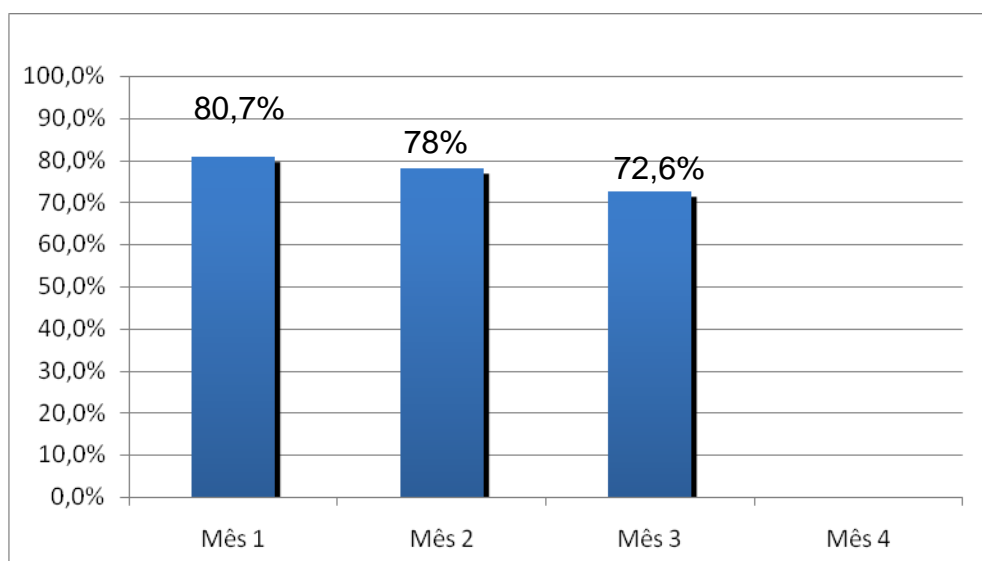


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Altos/Piauí/2015.

Em relação aos diabéticos durante o primeiro mês de trabalho o número de usuários com prescrição de medicamentos para farmácia popular foi de 6 usuários com relação ao número de diabéticos com prescrição de medicamentos que foi de 16 contabilizando 37,5%, durante o mês 2 foi de 28 diabéticos em relação a 48 equivalendo a 58,3% e durante mês 3 foi de 41 diabéticos em relação a 65 totalizando 63,1%, conforme figura 8.

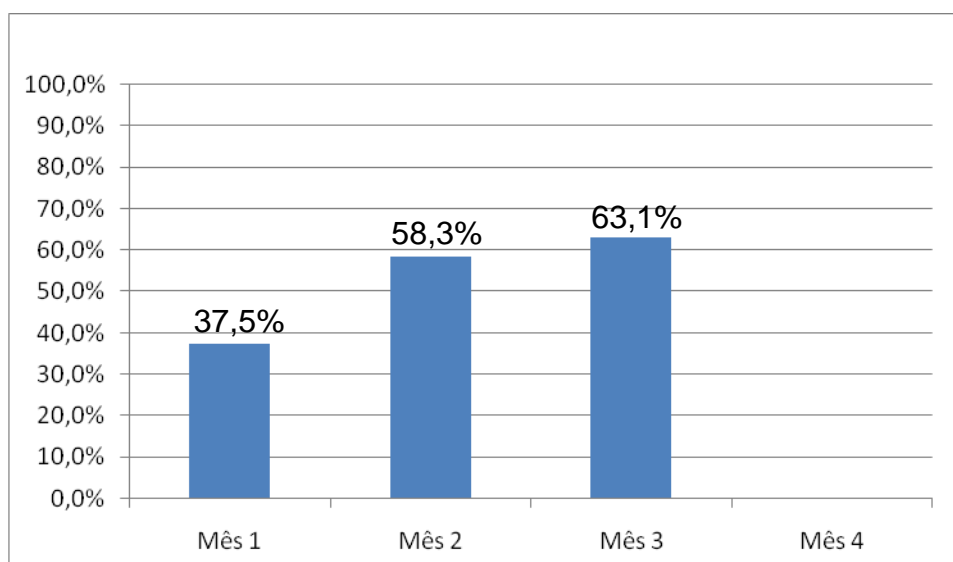


Figura 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Altos/Piauí/2015.

Foi proposto garantir 100% para hipertensos e 100% para diabéticos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ficamos muito abaixo do planejado que foi 100% devido ao fato de que não conseguimos sempre ter a presença da dentista na UBS já que a mesma foi transferida para outro local ficando distante da unidade de saúde, dificultando-se a locomoção dos usuários ao novo local. Isto influenciou para o bom desenvolvimento da atividade a qual foi piorando a medida que avançou o projeto conseguindo cada vez menor atendimento de usuários hipertensos.

Durante o primeiro mês o número de hipertensos com avaliação do atendimento odontológico foi de 69 em relação ao número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS que foi de 111 hipertensos computando 62,2%. No mês 2 foram 116 hipertensos em relação a 257 equivalendo a 45,1% e no mês 3 foram de 151 hipertensos em relação a 361 totalizando 41,8%, conforme observamos na figura 9.

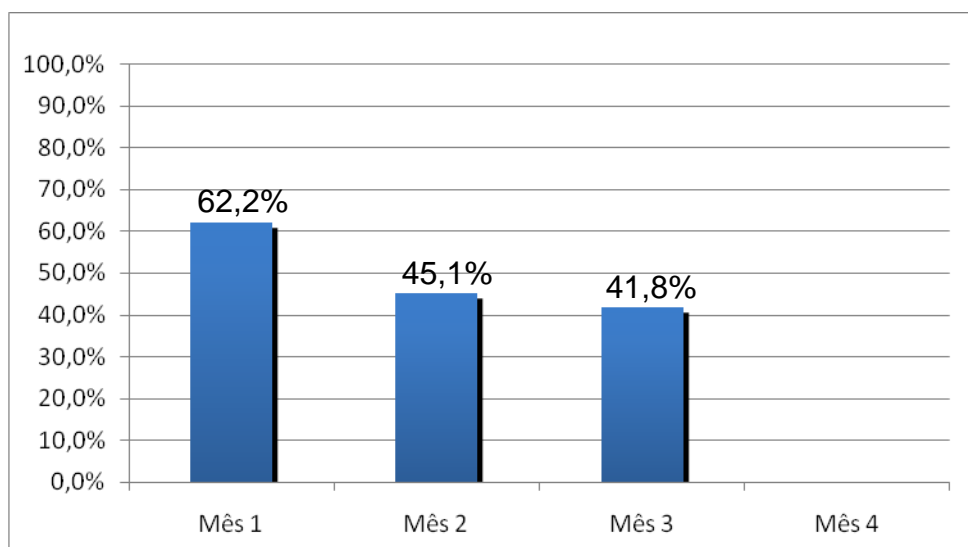


Figura 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Altos/Piauí/2015.

Em relação aos diabéticos, durante o primeiro mês o número de diabéticos com avaliação dos atendimentos odontológicos foi de 14 em relação ao número de residentes na área e acompanhados na UBS que foram de 16 equivalendo a 87,5%. No mês 2 foram 25 diabéticos em relação a 49 computando 51% e no mês 3 foram de 30 diabéticos em relação a 67 totalizando 44,8%, conforme consta na figura 10. Ficamos muito abaixo do planejado que foi de 100% devido às mesmas justificativas que aconteceram com os hipertensos descritos anteriormente

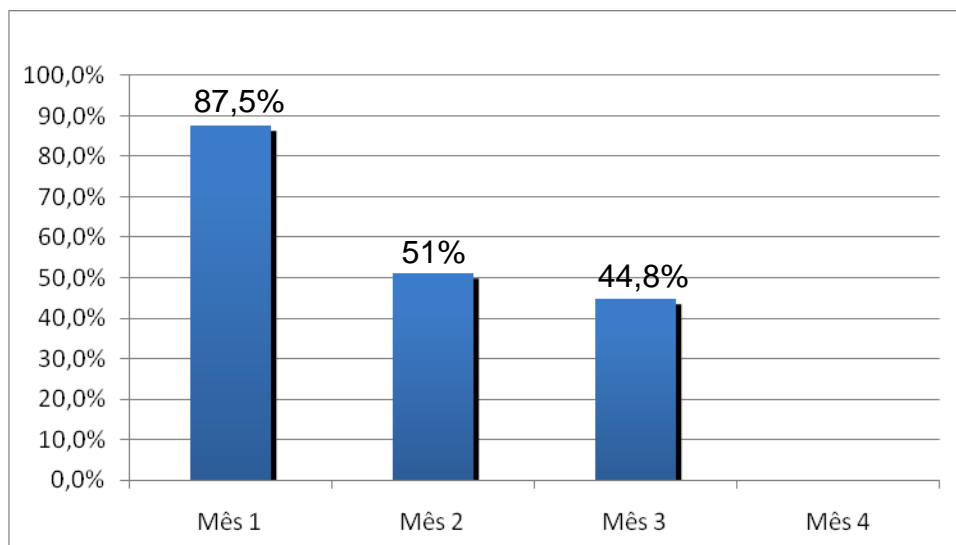


Figura 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Altos/Piauí/2015.

Em relação às metas “Buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos a consultas na unidade de saúde” tivemos que dar apoio aos casos críticos que muitas vezes apresentavam dificuldade para locomover-se, outros coincidiam seu horário de trabalho com a consulta médica e, em menor número, falta de preocupação.

Durante o primeiro mês o número de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa foram 32 hipertensos, sendo que foram buscados 26 computando 81,3%. No mês 2 foram 74 hipertensos faltosos e destes 43 foram buscados equivalendo a 58,1% e mês 3 foram 124 hipertensos sendo que foram buscados 87 totalizando 70,2%, conforme figura 11. Isto foi possível já que se fez um bom trabalho na comunidade em busca de faltosos às consultas, comprometendo os mesmos a participar das consultas, desenvolvendo um papel muito importante com os líderes comunitários que sempre deram seu apoio.

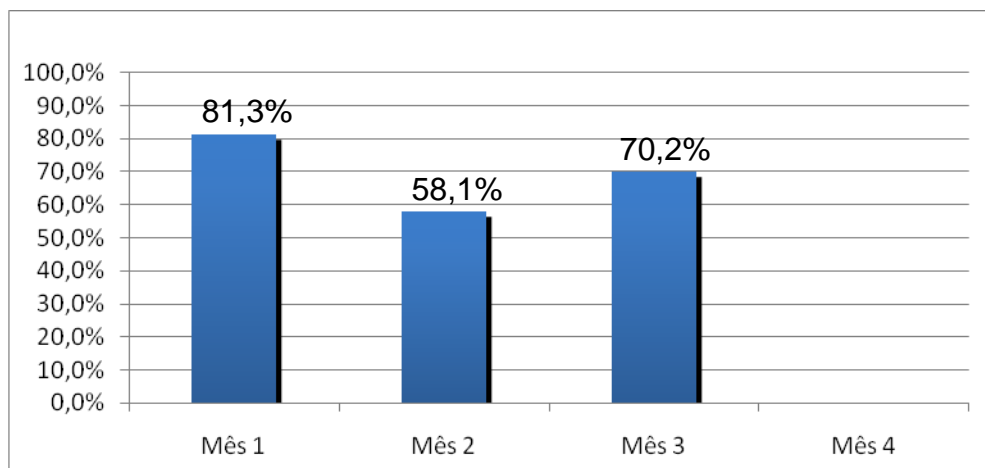


Figura 11. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. Altos/Piauí/2015.

Em relação aos diabéticos, durante o primeiro mês um diabético faltou a consulta, sendo que o mesmo foi buscado pela equipe de saúde totalizando 100%, no mês 2 foram 12 diabéticos faltosos, sendo que somente 4 foram buscados equivalendo a 33,3% e no mês 3 foram 17 diabéticos faltosos sendo 12 buscados pela equipe de saúde totalizando 70,6%, conforme figura 12. As causas pelas quais não conseguimos alcanças as metas propostas foram muitas, dentre elas a falta de organização, falta de gestão para facilitar o transporte para que os mesmos pudessem comparecer a consulta. Contudo o trabalho ainda não terminou e organizaremos ações com a secretaria de saúde para garantir o traslado dos diabéticos.

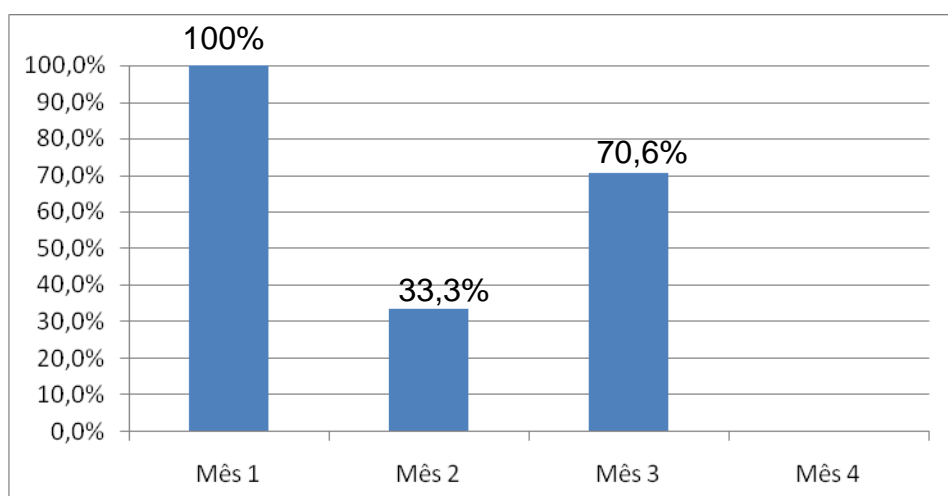


Figura 12. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. Altos/Piauí/2015.

Também foi proposto “Manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde”. Tivemos que fazer um estudo de quantos hipertensos e diabéticos tinham registros adequados para organizá-los. Para isto, contamos com ajuda dos ACS e demais membro da equipe que revisaram as fichas de acompanhamento e atualizaram os dados.

Durante o primeiro mês de trabalho o número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi de 103 de um total de 111 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS perfazendo 92,8%, para o segundo mês o número de hipertensos com registro adequado foram 234 para 257 hipertensos na área acompanhada na UBS equivalendo a 91,1% e no mês 3 foram 306 hipertensos de 361 totalizando 84,8%.

Pode-se ver que não chegamos a 100% do planejado, mas alcançamos um grande número elevado de registros, temos que afirmar que conseguimos registrar um grande número de usuários durante os três meses sempre alcançando mais de 80% dos hipertensos, conforme figura 13.

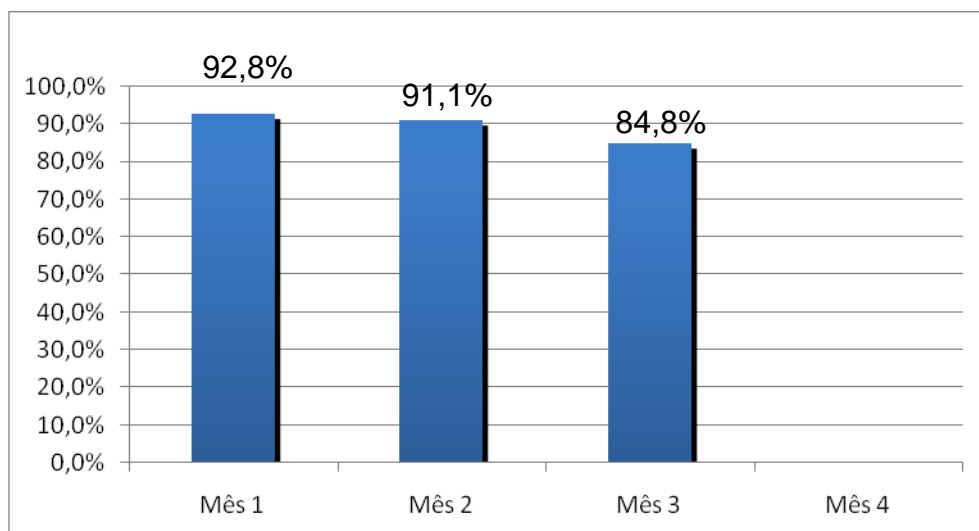


Figura 13. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Altos/Piauí/2015.

Em relação ao primeiro mês de trabalho o número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi de 16 diabéticos de um total de 16 residentes na área e acompanhados na UBS totalizando 100%, para o segundo mês o número de diabéticos com registro adequado foi de 49 totalizando também 100%. E no mês 3 foram 63 diabéticos de 67 perfazendo 94%, conforme figura 14. Pode-se ver que não chegamos a 100% do planejado, mas alcançamos um grande número de registros.

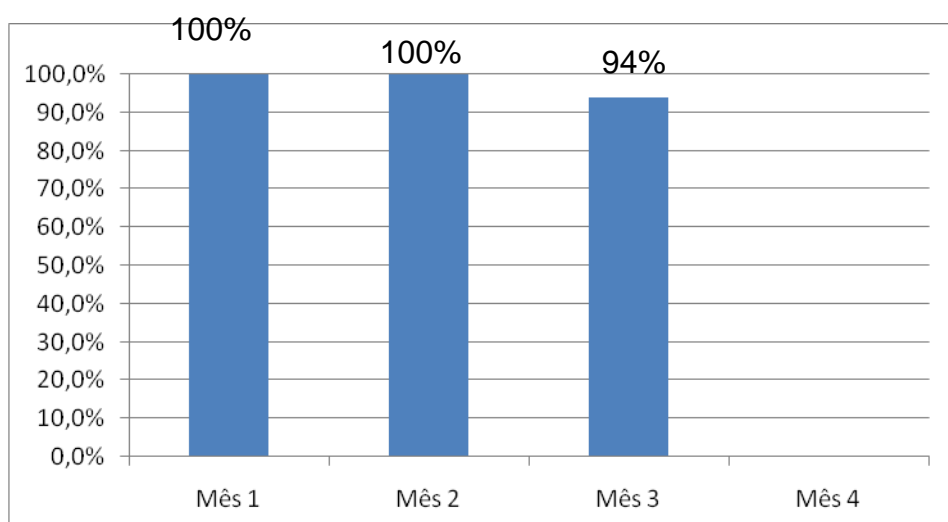


Figura 14. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Altos/Piauí/2015.

Foi proposto garantir 100% para hipertensos e 100% para diabéticos a estratificação de risco cardiovascular por exames clínico em dia. O primeiro mês o número de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular com exames clínico em dia foram de 81 de um total de 111 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS, perfazendo 73%, no mês 2 o número foi de 207 hipertensos de um total de 257 equivalendo a 80,5%. E no mês 3 foram 277 hipertensos de 361 totalizando 76,7%. Pode-se ver que não foi possível chegar a 100% do planejado, conforme consta na figura 15. Sempre tivemos algumas dificuldades em relação a organização das consultas médicas nas primeiras semanas.

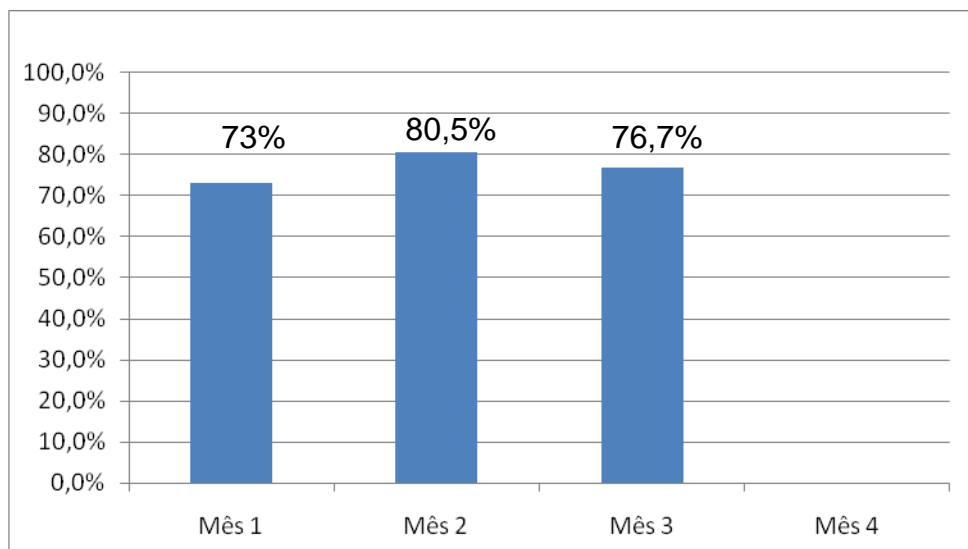


Figura 15. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Altos/Piauí/2015.

Relacionado com o primeiro mês de trabalho o número de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular com exames clínico em dia foram de 15 de um total de 16 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS equivalendo 93,8%, no mês 2 o número foram de 45 diabéticos de um total de 49 perfazendo 91,8%. E no mês 3 foram 58 diabéticos de 67 totalizando 86,6%, conforme consta na figura 16. Pode-se ver que não foi possível chegar a 100% do planejado, porém sempre tivemos acima de 90% apresentando algumas dificuldades em relação a organização das consultas médicas nas primeiras semanas.

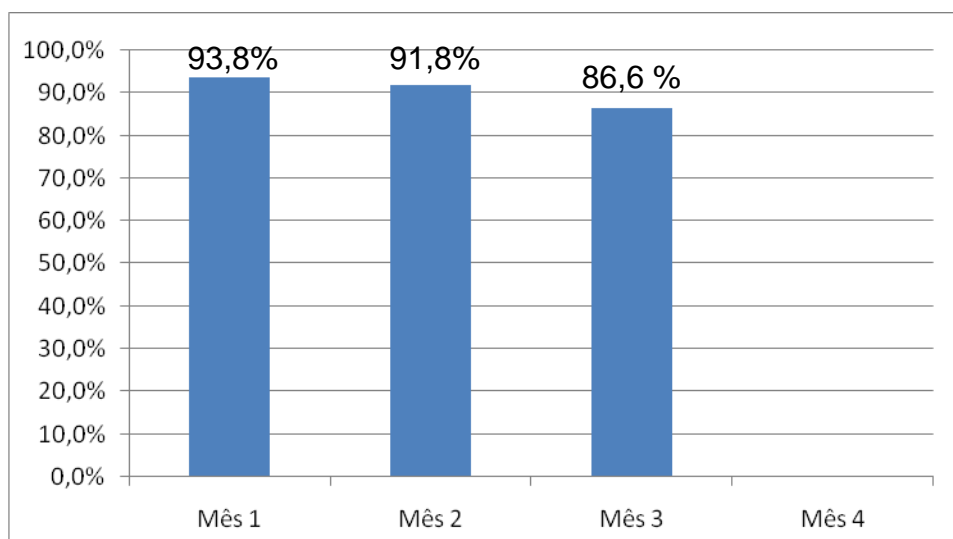


Figura 16. Proporção de diabéticos com estratificação de risco Cardiovascular por exame clínico em dia

Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os diabéticos sobre como fazer uma dieta saudável, temos que dizer que o diabético é um dos usuários que mais recebem palestras neste sentido devido as complicações recorrentes de sua patologia.

Relacionado as metas de “Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, no primeiro mês de trabalho o número de hipertensos com orientação sobre alimentação saudável foram de 98 de um total de 111 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS perfazendo 88,3%, no mês 2 o número foi de 230 para um total de 257 hipertensos equivalendo a 89,5%. E no mês 3 foram 312 de 361 hipertensos totalizando 86,4%, conforme figura 17. Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os hipertensos sobre como fazer uma dieta saudável, também no programa de atenção ao usuário diabético e hipertenso, o nutricionista fez palestras encaminhadas neste fim.

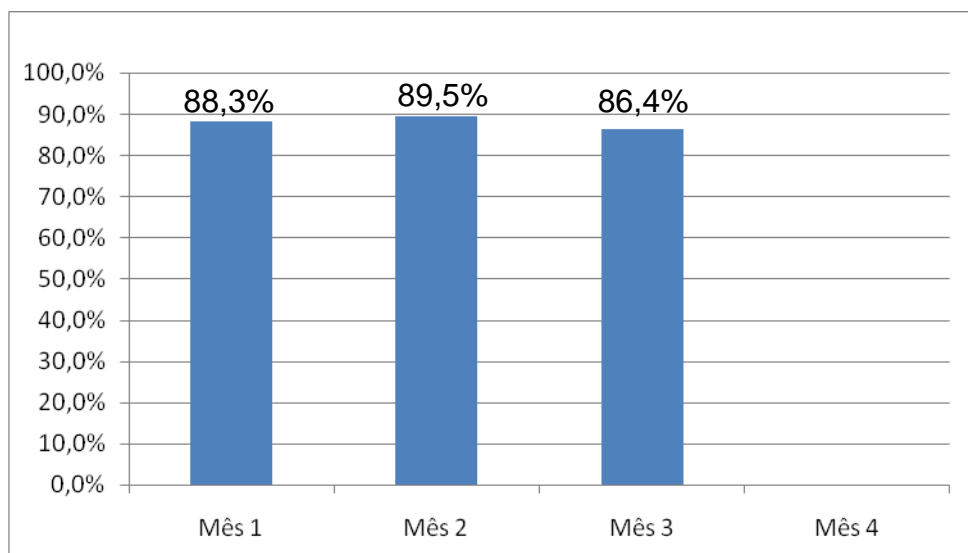


Figura 17. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Altos/Piauí/2015.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês de trabalho o número de diabéticos com orientação sobre alimentação saudável foi de 15 de um total de 16 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS perfazendo 93,8%, no mês 2 o número foi 46 de um total de 49 diabéticos contabilizando 93,9%. E no mês 3 foram 62 de 67 diabéticos totalizando 92,5%, conforme figura 18. Tivemos a participação de toda a equipe que contribuiu com a orientação. Ainda estamos trabalhando neste sentido, já que três meses é um período muito curto para realizar todas as orientações necessárias para mudanças de estilo na alimentação.

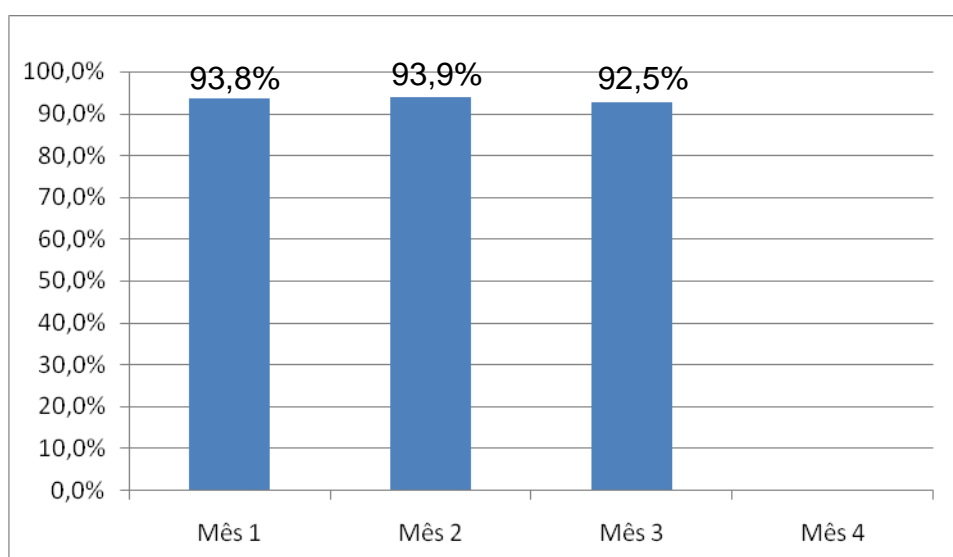


Figura 18. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Altos/Piauí/2015.

Em relação às metas de “Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos”, no primeiro mês de trabalho o número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular foi de 98 de um total de 111 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS perfazendo 88,3%, no mês 2 o número foi 229 a 257 hipertensos equivalendo a 89,1% e no mês 3 foram 311 a 361 hipertensos totalizando 86,1%, conforme figura 19. Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os hipertensos sobre como fazer exercícios físicos apoiando-nos também com o programa de atenção ao hipertenso e diabético onde se orientavam através de palestras com as fisioterapeutas encaminhadas neste fim.

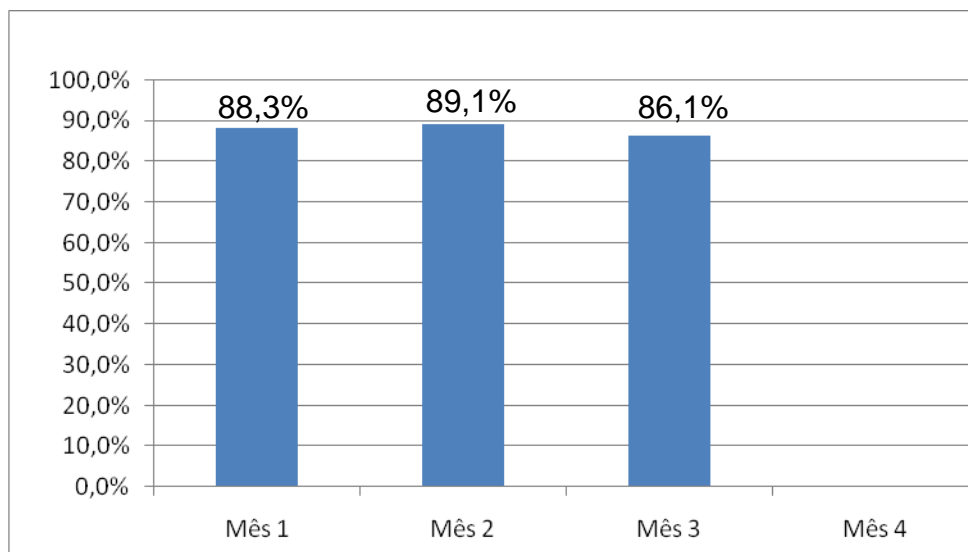


Figura 19. Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular. Altos/Piauí/2015.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês de trabalho o número de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular foi de 15 de um total de 16 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS perfazendo 93,8%, no mês 2 o número foi 46 de 49 diabéticos contabilizando 93,9%. E no mês 3 foram 62 de 67 diabéticos totalizando 92,5%, conforme figura 20. Neste aspecto as visitas domiciliares foram muito importantes para orientar os diabéticos sobre a prática de atividade física regular.

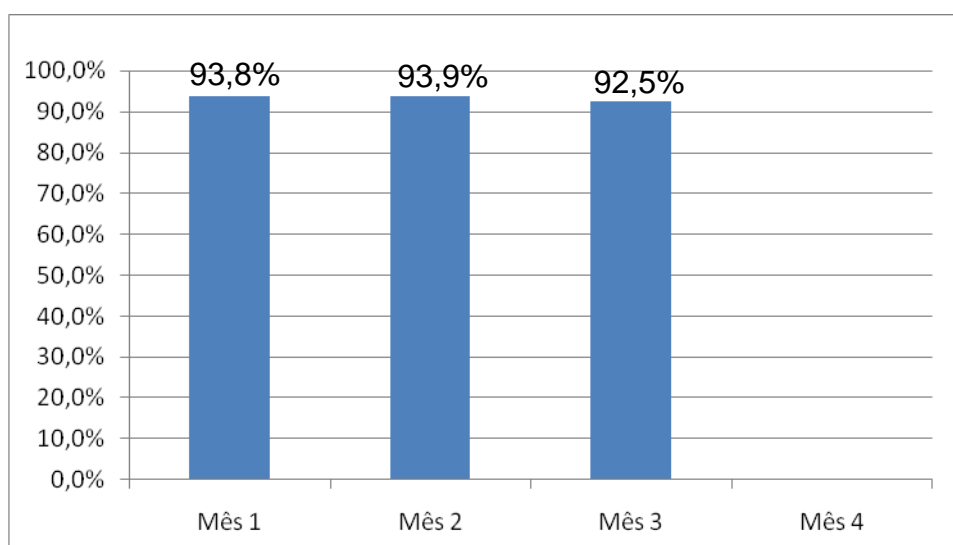


Figura 20. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Altos/Piauí/2015.

Em relação as metas “Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos”, no primeiro mês de trabalho o número de hipertensos com orientação sobre a prática do tabagismo foi de 98 de um total de 111 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS perfazendo 88,3%, no mês 2 o número foi 229 a 257 hipertensos perfazendo 89,1% e no mês 3 foram 311 a 361 hipertensos totalizando 86,7%, conforme figura 21. Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os usuários tabagistas sobre a importância de abandonar o hábito, sobre o dano que produz este hábito no organismo e sobre os perigos de contrair câncer de pulmão. Também durante o programa de seguimento aos diabéticos e hipertensos foram realizadas palestras pela psicóloga encaminhadas neste fim.

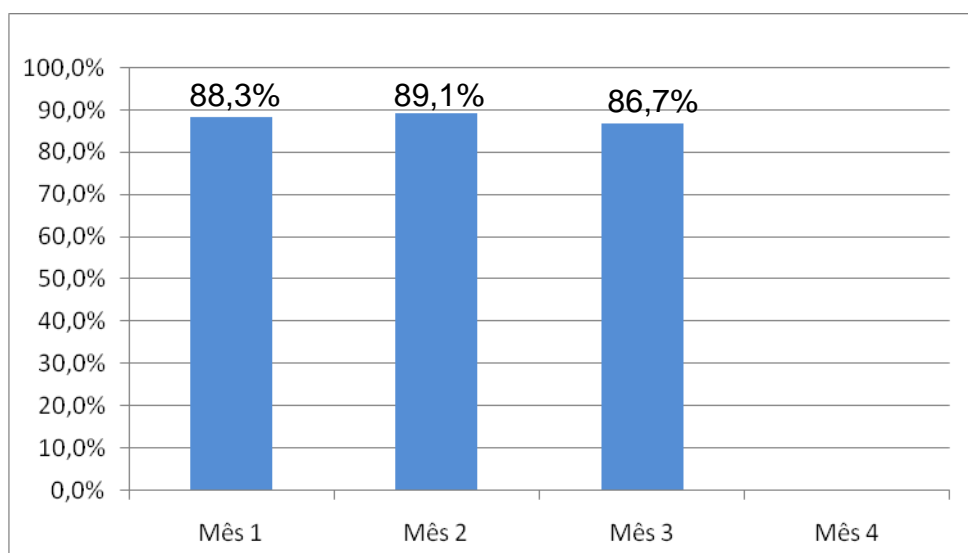


Figura 21. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Altos/Piauí/2015.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês de trabalho o número de diabéticos com orientação sobre a prática do tabagismo foi de 15 de um total de 16 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS perfazendo 93,8%, no mês 2 o número foi 46 para um total 49 diabéticos perfazendo 93,9%. E no mês 3 foram 62 de 67 diabéticos totalizando 92,5%, conforme figura 22. Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os usuários tabagistas sobre a importância de abandonar o hábito, também durante as consultas médicas sempre fazemos as orientações precisas referentes a este tema.

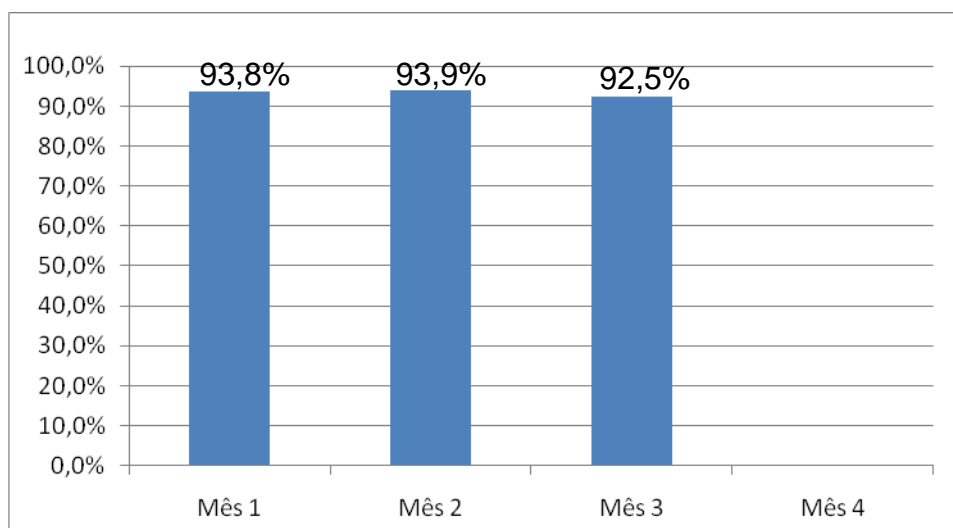


Figura 22. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Altos/Piauí/2015.

Em relação as metas “Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos”, durante o primeiro mês de trabalho o número de hipertensos com orientação sobre como ter uma adequada higiene bucal foi de 97 de um total de 111 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS perfazendo 87,4%, no mês 2 o número foi 227 a 257 hipertensos contabilizando 88,3% e no mês 3 foram 311 a 361 hipertensos totalizando 86,1 %, conforme figura 23. Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os usuários sobre a importância de ter uma adequada higiene bucal, como escovar os dentes, quantas vezes ao dia tem que fazer essa higiene, orientar sobre o atendimento odontológico e forma de organização das consultas e horário de atendimento, sobre os riscos do câncer. Temos que afirmar que apesar da dentista não está dando atendimento na UBS, sempre participa nas palestras na comunidade.

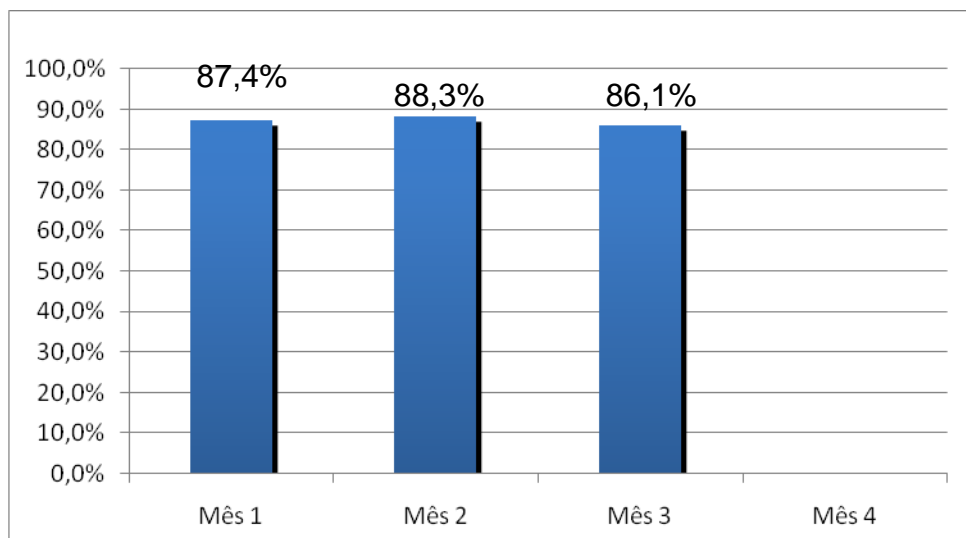


Figura 23. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Altos/Piauí/2015.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês de trabalho o número de diabéticos com orientação sobre como ter uma adequada higiene bucal foi de 15 de um total de 16 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS perfazendo 93,8%, no mês 2 o número foi 46 para um total de 49 diabéticos contabilizando 93,9% e no mês 3 foram 62 de 67 diabéticos totalizando 92,5%, conforme figura 24. Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os diabéticos sobre a importância de ter uma adequada higiene bucal, como escovar os dentes, quantas vezes ao dia tem que fazer essa higiene, orientar sobre o atendimento odontológico e forma de organização das consultas e horário de atendimento, para isto sempre tivemos apoio de toda equipe de trabalho.

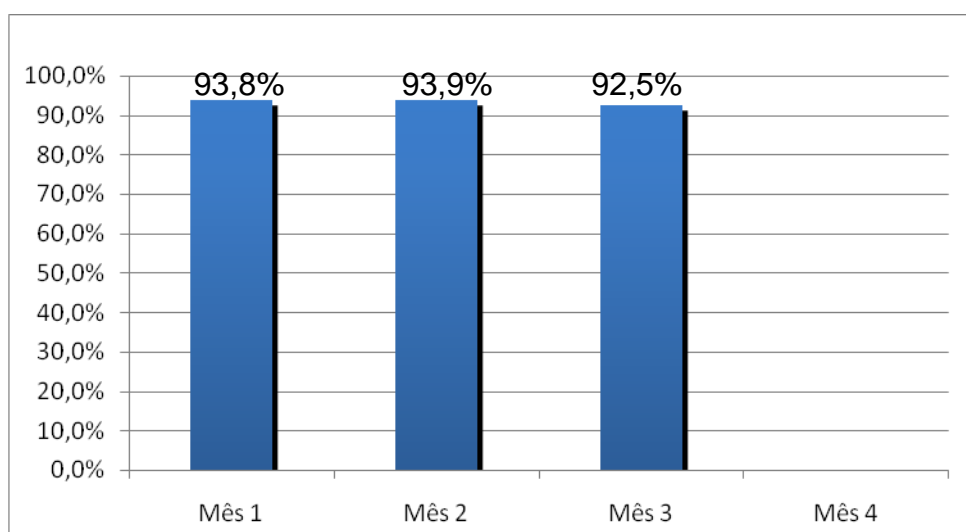


Figura 24. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Altos/Piauí/2015.

4.2 Discussão

Fazendo um resumo do alcançado com a intervenção temos que dizer que conseguimos um maior monitoramento do número de diabéticos e hipertensos cadastrados no programa, conseguindo o preenchimento das planilhas e dos registros de cadastros realizados. Inicialmente fizemos uma divulgação do projeto com a rádio comunitária para que todos os usuários participassem no projeto, ação essa que ajudou muito no aumento da cobertura da ação programática trabalhada.

Sempre trabalhamos em equipe e pela primeira vez com a participação dos líderes da comunidade os quais nos ajudaram conhecendo os nossos objetivos, fazendo assim melhorar a nossa relação com eles, tornando-os parte do projeto. Capacitamos os profissionais que muitos deles não conheciam fazer uma correta verificação da pressão arterial e uma medição da glicemia com os glicômetros, isso foi muito importante já que foi elevado seu nível profissional.

Referente ao atendimento odontológico tivemos muitas dificuldades com a transferência da dentista para outra unidade de saúde por ter condições inapropriadas no local da UBS, mas conseguimos pela primeira vez que o serviço odontológico fizesse um atendimento priorizando aos hipertensos e diabéticos e atualizamos seus prontuários odontológicos.

Apesar do nutricionista nem sempre ter tido disponibilidade de tempo, por ser o único no município, fizemos com que o mesmo se integrasse ao projeto e que participasse uma vez ao mês fazendo palestras sobre alimentação saudável no programa de atenção ao hipertenso e diabético que funciona de 15 em 15 dias. Nesta atividade também foram realizados exercícios físicos com a participação de toda a comunidade interessada em melhorar sua saúde.

Na unidade de saúde as coisas mudaram para melhor, primeiramente, a capacitação dos ACS ajudou para que o atendimento aos usuários fosse de mais qualidade e os mesmos sentiram-se melhor atendidos sendo um dos objetivos do projeto. Conseguimos com que os mesmos tivessem mais sentido de responsabilidade com o atendimento aos pacientes. Os registros ficaram mais

organizados, os prontuários em sua maioria atualizados, fazendo com que a secretaria de saúde tivesse mais responsabilidade em garantir a presença na maior parte do tempo com os medicamentos da farmácia popular que recebem os hipertensos e diabéticos e também que a prefeitura fizesse um convênio com a farmácia (Cardoso), para financiar estes medicamentos e melhorar os custos dos mesmos.

A intervenção foi muito importante para o serviço já que antigamente as atividades de atenção aos hipertensos e diabéticos eram concentradas só na consulta médica e os demais membros da equipe não se sentiam parte dos problemas da comunidade, dando solução aos mesmos de forma independente. Agora as coisas mudaram para melhor já que os problemas são resolvidos em benefício da comunidade e não de maneira particular, por exemplo, conseguimos melhorar a presença dos medicamentos na farmácia popular e que se fizesse uma coordenação com outra farmácia que a prefeitura está dando financiamento para melhorar os custos para a população.

Outra coisa que fizemos foi avaliar um maior número de pessoas que antigamente não eram avaliadas, muitas delas nunca receberam atendimento no posto de saúde e agora recebem atendimento de forma regular, com isto, conseguimos melhorar os registros dos hipertensos e diabéticos e poder agendar as consultas deles.

O projeto de intervenção foi muito importante para a comunidade já que pretende modificar o estilo de vida dos usuários hipertensos e diabéticos. Neste momento já está sendo percebido pela comunidade devido às diferentes atividades que estamos fazendo com a participação do nutricionista, psicóloga, enfermeira e médico da comunidade, sempre escutando a problemática que mais afeta na população e também procurando soluções para as mesmas.

Referente a cobertura do programa temos que dizer que ainda existem muitos hipertensos e diabéticos sem cadastro, principalmente, aqueles que trabalham fora do município e que em muitos casos seu horário de trabalho coincide com a consulta médica. Caso fossemos realizar novamente a intervenção eu mudaria algumas coisas, primeiramente, na rádio comunitária durante a palestra, explicaria a comunidade como ocorreria as consultas médicas. Também combinaria com os usuários que trabalham fora do município para agendar um dia da semana e

um horário que estivesse de acordo a suas possibilidades para cadastrar os mesmos.

Agora que estamos ao final do projeto percebo que a equipe está integrada na rotina do serviço, coisa que me satisfaz muito já que podemos observar que o nosso trabalho conseguiu seu objetivo e o mais importante, que não paramos os atendimentos e continuamos em busca de faltosos a consulta de atendimento. A partir dos próximos meses quando concluir o cadastramento de 100% dos hipertensos e diabéticos pretendemos implementar o programa de pré-natal na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor,

Com o objetivo de capacitar os profissionais da Estratégia de Saúde da Família do SUS e promover o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social, o curso de especialização da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) propicia ao trabalhador/aluno realizar uma intervenção na Unidade Básica de Saúde em que trabalha e aprender os conteúdos respondendo as necessidades de seu serviço.

Este relatório apresenta como foi implementado o Projeto de intervenção sobre o tema “Melhoria da atenção à saúde aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, na UBS Boa Fé, Altos/PI” de autoria do médico Reinel Nunez Martinez, funcionário da referida Unidade de saúde.

Após a análise situacional, ficou identificado a baixa adesão dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS de Boa Fé. Diante disso, o objetivo geral do projeto foi melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do curso de especialização: Organização e gestão do serviço; Monitoramento e avaliação; Engajamento público e Qualificação da prática clínica.

A intervenção ocorreu entre os meses de abril e junho de 2015. Algumas das ações desenvolvidas foram: avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos e diabéticos através da aplicação de questionários pelos ACS, realizado ao início e final da intervenção; garantia da prescrição de medicamentos disponibilizados pela Farmácia Popular; realização de busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos; cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos no

programa de atenção a hipertenso e diabético; acompanhamento dos indicadores de monitoramento e avaliação; realização de atividades educativas para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso nos grupos e nos domicílios; capacitação da equipe multidisciplinar da UBS de Boa Fé sobre abordagem domiciliar dos hipertensos e diabéticos e aplicação do questionário.

Considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território fizemos mapeamento com atualização do território, já que têm áreas em crescimento envolvendo todos os profissionais nesta atividade.

Foram estabelecidas como metas para ampliação da cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, 100% para ambas as doenças crônicas. Durante a intervenção foram cadastrados 361 hipertensos (75,1%) e 67 diabéticos (48,6%). Em relação aos indicadores de qualidade foi possível alcançar os seguintes resultados: a realização dos exames complementares de acordo com o protocolo utilizado pela equipe ocorreu para 289 hipertensos (80,1%) e 60 diabéticos (89,6%). Temos que sinalar que foi um grande número de exames feitos, apesar dos contratempos que tivemos com as chuvas que dificultaram os usuários se locomoverem para a secretaria de saúde onde faziam os exames.

Referente aos dados coletados o número de hipertensos com prescrição de medicamentos para farmácia popular foi de 255 hipertensos (72,6%) e 41 diabéticos (63,1%). Apesar de não alcançarmos 100% como foi o planejado, sempre conseguimos que mais de 60% dos usuários cadastrados tivessem prescrição de medicamentos para a farmácia popular. Isto foi possível já que durante as consultas fizemos as prescrições para melhorar os custos dos medicamentos que neste caso é financiado pelo governo.

Temos que afirmar que apesar da dentista não está dando atendimento na UBS, sempre participa nas palestras na comunidade. Durante a intervenção conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 151 hipertensos (41,8%) e 30 diabéticos (44,8%). No que se refere a orientações sobre higiene bucal conseguimos oferta a 311 hipertensos (86,1%) e 62 diabéticos (92,5%). Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os diabéticos sobre a importância de ter uma adequada higiene bucal, como escovar os dentes, quantas vezes ao dia tem que fazer essa higiene, orientar sobre o atendimento odontológico

e forma de organização das consultas e horário de atendimento, para isto sempre tivemos apoio de toda equipe de trabalho.

A capacitação da equipe multidisciplinar da UBS de Boa Fé sobre abordagem domiciliar dos hipertensos e diabéticos foi voltada especialmente para os ACS. Mostrou-se importante para a maioria dos trabalhadores contribuindo para um melhor conhecimento do tema e possibilitou reforçar o compromisso dos ACS no acompanhamento destes usuários.

Na perspectiva de melhorar a adesão ao tratamento foram realizados encontros mensais com os usuários onde se faziam palestras e tirávamos dúvidas a respeito dos medicamentos. O primeiro encontro aconteceu em 12/4/2015 e resultou na formação do grupo de adesão do programa de atenção ao paciente hipertenso e diabético, que a partir dessa data passou a acontecer de 15 em 15 dias. Essa atividade foi inserida na rotina do serviço e está sendo avaliada como satisfatória, pois esses momentos do grupo têm possibilitado a construção de vínculos com os hipertensos e diabéticos. No último encontro em junho de 2015 foram colocadas em práticas estratégias de favorecimento da adesão ao tratamento, no qual apresentamos vídeos educativos sobre a temática central e sobre hábitos de vida saudável, bem como utilizamos outros materiais da internet para trabalhar outros temas de interesse da equipe.

Fica um desafio para a equipe da UBS Boa Fé de dar continuidade ao cronograma de encontros previstos, temos que programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e captar mais usuários. A qualificação da prática clínica deve ser inserida na rotina da UBS a partir da realização de atividades de educação em serviço a fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribua para o maior conhecimento acerca dos temas de interesse coletivo. Neste sentido, também é necessário que a gestão central fortaleça estas iniciativas. É preciso estabelecer e garantir uma rotina de supervisão das atividades compartilhadas com a equipe de saúde e voltada às demandas da população.

6 Relatórios da Intervenção para a comunidade

Olá comunidade da UBS Boa Fé,

O presente relatório tem como finalidade descrever a intervenção que foi realizada na UBS Boa Fé entre os meses de abril e junho de 2015. Esta intervenção teve a intenção de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes da comunidade através de ações desenvolvidas na mesma, com a participação da comunidade de forma ativa e interativa.

Sendo assim, iniciamos a intervenção através de uma reunião com a comunidade, onde refletimos sobre os principais objetivos que traçamos que envolviam aos hipertensos e diabéticos da comunidade como: ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos, melhorar os registros das informações, promover a saúde dos hipertensos e diabéticos e mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Analisando os objetivos referidos percebe-se que de acordo com o cronograma exposto no projeto todas as ações planejadas foram realizadas no tempo previsto, apesar de que, temos que solucionar algumas dificuldades como: só tivemos glicômetro (aparelho que serve para medir glicose) nas primeiras semanas de trabalho. Não conseguimos a permanência dos medicamentos na farmácia da secretaria de saúde durante todo o tempo da intervenção.

Depois de minimizar os problemas demos continuidade à intervenção, realizando mais uma reunião, onde contamos com os líderes comunitários que ofereceram seu apoio enquanto organização. Também tivemos o apoio de um representante da secretaria de saúde e a ACS Célia que ministrou uma palestra para a comunidade a fim de promover mudanças nos estilos de vida referentes a prática de exercícios físicos de forma regular e sobre a alimentação saudável.

Após a reflexão e debate, reformulamos as estratégias do projeto, que foram resolvidos em sua totalidade e buscamos possíveis soluções como, por exemplo, a ausência do glicômetro. Foi coordenado junto a secretaria de saúde para garantir as glicemias no laboratório da secretaria de saúde. Referente a permanência de medicamentos na farmácia da secretaria de saúde não foi resolvida em sua totalidade, mas conseguimos aumentar sua permanência nas mesmas. Além disso, organizamos outra reunião com a comunidade onde fizemos um levantamento dos principais problemas que afetaram o desenvolvimento do projeto.

Outro problema foi a não permanência do dentista na UBS, que não vai ser resolvido em pouco tempo já que depende da inauguração do novo posto de saúde. Outra situação a ser resolvida junto à secretaria de saúde será como deslocar os pacientes idosos que não podem locomover-se até o novo local para a consulta com a dentista, já que este fica distante do centro da cidade. Assim, o representante da secretaria de saúde apresentou sugestões muito pertinentes que foram ouvidas atentamente por todos os presentes como a disponibilidade de um carro para o traslado dos pacientes, mas teremos que fazer a coordenação anteriormente com a secretaria de saúde.

Referente ao programa de atenção aos hipertensos e diabéticos que acontece de 15 em 15 dias primeiramente escutamos as sugestões dos usuários, fizemos esclarecimentos de dúvidas referentes aos tratamentos, escutamos as sugestões em relação a disponibilidade de medicamentos na farmácia popular e da disponibilidade de reativos no laboratório da secretaria de saúde. Também ouvimos opiniões dos usuários referentes à estratégia que podemos tomar para que se sintam melhor durante a reunião. Temos que dizer que os hipertensos e diabéticos estão tomando consciência da importância da prática de atividade física regular já que muitos conseguiram aliviar suas dores e diminuir sua massa corporal, também em muitos casos conseguiram controlar sua pressão arterial.

Os critérios para visitar os usuários em casa são: pacientes que por algum motivo não podem ir à consulta, neste caso temos idosos, pacientes com deficiência motoras, deficiências mentais e faltosos a consultas.

Por fim, apresento alguns dados quantitativos da intervenção em relação a algumas metas que traçamos para melhorar nossos indicadores de saúde. Foram estabelecidas como metas para ampliação da cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, 100% para ambas as doenças crônicas. Durante a

intervenção foram cadastrados 361 hipertensos (75,1%) e 67 diabéticos (48,6%). Em relação aos indicadores de qualidade foi possível alcançar os seguintes resultados: a realização dos exames complementares de acordo com o protocolo utilizado pela equipe ocorreu para 289 hipertensos (80,1%) e 60 diabéticos (89,6%). Referente aos dados coletados o número de hipertensos com prescrição de medicamentos para farmácia popular foi de 255 hipertensos (72,6%) e 41 diabéticos (63,1%). Durante a intervenção conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 151 hipertensos (41,8%) e 30 diabéticos (44,8%). No que se refere a orientações sobre higiene bucal conseguiremos oferta a 311 hipertensos (86,1%) e 62 diabéticos (92,5%).

Diante do exposto, percebe-se que a participação ativa de todos os usuários da comunidade vai possibilitar o surgimento de ações que, com certeza, terão benefícios para todos os envolvidos no programa da atenção ao hipertenso e diabético da comunidade, melhorando as ações ofertadas na Unidade de saúde.

7 Reflexões crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização para mim foi muito importante, primeiramente, por obter o título de especialista em saúde da família, segundo queria melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos da UBS Boa Fé. Minhas expectativas iniciais foram melhorar as condições estruturais da unidade de saúde, cadastrar casos novos usuários da comunidade sem tratamento medicamentos, demonstrar que o atendimento dos usuários não só é responsabilidade do médico e enfermeira mas sim de toda equipe, com isso melhorar a qualidade da atenção aos usuários que frequentam a Unidade de saúde.

Inicialmente comecei a participar dos fóruns, interagir com alguns colegas, professores e coordenadores, aprendi conteúdos, e fiquei ainda mais maravilhado. Durante o período da intervenção tive dificuldades em seguir o cronograma proposto, pois deixava o projeto sempre para segundo plano diante de outras demandas da unidade, entretanto considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, já que consegui fazer mudanças do estilo de vida da população hipertensa e diabética fazendo exercícios físicos e dieta saudável, que foi uns dos objetivos principais do projeto.

Observei importantes conquistas como a inclusão de agentes comunitários de saúde na equipe que possibilitam desenvolver um planejamento local e territorial, a renovação do papel do enfermeiro por meio da ampliação de atendimento clínico e valorização do trabalho multidisciplinar da equipe. Agora temos uma melhor cobertura de casos prioritários como gestantes, diabéticos, hipertensos, crianças menores de dois anos, idosos, tuberculose e hanseníase. O impacto maior tem sido na diminuição da mortalidade infantil que no ano de trabalho não tivemos.

O curso significou para minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca da Estratégia de Saúde da Família e a oportunidade da mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da UBS de Boa Fé, a melhoria da saúde dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados quanto a adesão ao tratamento medicamentoso, além da valorização profissional.

Passei por alguns problemas pessoais que me afastaram do curso durante o processo de elaboração do projeto, fazendo com que várias vezes, pensasse em desistir, mais com o estímulo e motivação de minha família consegui continuar com o curso e também com os problemas apresentado na UBS que tinha que resolver.

Apreendi, neste curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois é onde melhor são apresentadas todas as necessidades da população assistida e de onde podemos definir ações direcionadas a elas, provocando impacto no processo de saúde doença das pessoas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International agency for research on cancer: **Globocan 2010**. In: WHO. World Cancer Report. Lyon: WHO, 2010. p. 11-104.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 4					
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1				
5		2				
6		3				
7		4				

Planilha de coleta de dados (Colunas A a F)

G	H	I	J	K	L
O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Planilha de coleta de dados (Colunas G a L)

M	N	O	P	Q	R	S
Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Planilha de coleta de dados (Colunas M a S)



Anexo C-Ficha espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: ____/____/____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante